

**УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ – ШТИП**

**Економски факултет - Штип**



**Магистерски/стручен труд**

**„Анализа и контрола на финансиското работење на ФЗОМ како  
предуслов за квалитетна здравствена заштита“**

Изработила:

Дипл. ек. Елизабета Пачемска

Ментор:

Проф. д-р Круме Николоски

**Штип, мај 2013**

## **Содржина:**

### **ВОВЕД.....5**

Предмет и цели на истражувањето.....7

#### *Глава прва*

### **1. ОРГАНИЗАЦИСКИ ПРИСТАП КОН РЕФОРМАТА НА СИСТЕМОТ НА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ ВО МАКЕДОНИЈА.....9**

1.1. Организациона визија.....12

1.2. Предлог за организација.....16

1.3. Тековни финансиски текови во системот на јавно здравје.....21

1.3.1. Извори од централниот буџет

1.3.2. Фонд за здравствено осигурување (ФЗО)

1.3.3. Самофинансирање

1.3.4. Надворешни програми

1.4. Подобрување на здравствениот систем во Република Македонија со проекција од 2011 до 2015 година.....24

#### *Глава втора*

### **2. АНАЛИЗА НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВОТО ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА.....30**

2.1. Процес на финансирање на здравствената заштита.....30

2.2. Методи и извори за финансирање на здравствената заштита.....31

2.3. Систем на здравствено осигурување.....34

2.3.1. Што се даноци?.....35

2.3.2. Што се придонеси?.....36

2.3.3. Одбитоци од плата.....	37
2.4. Принципи на социјално осигурување.....	37
2.5. Систем на социјална заштита.....	39
2.6. Пакет на здравствени услуги.....	40
2.7. Финансиско изедначување.....	41
2.8. Модели на финансирање на здравствена заштита.....	46

### *Глава трета*

## **3. АНАЛИЗА НА ЕКОНОМСКИТЕ ПРОБЛЕМИ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА.....55**

3.1. Ресурси во здравствената економија.....	55
3.2. Здравствената заштита како економско добро.....	56
3.3. Економски и здравствени проблеми.....	56
3.4. Ефикасна употреба на здравствените ресурси.....	63
3.5. Производство на здравје и здравствена заштита.....	64

### *Глава четврта*

## **4. АНАЛИЗА НА ФИНАНСИСКИ КОНТРОЛИ НА ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ.....74**

4.1. Цел на финансиската контрола.....	74
4.2. Одделение за буџетска и финансиска контрола.....	74
4.3. Видови финансиска контрола.....	75
4.4. Реализација по видови на контроли.....	77
4.4.1. Контрола на ЈЗУ за постапување по однос на препораки од финансиска контрола во 2010 година.....	77

4.4.2. Целосна финансиска контрола.....	79
4.4.3. Вонтеренска контрола на начинот на фактурирање на здравствени услуги од здравствените установи.....	80
4.4.4. Наменски контроли.....	83

#### *Глава петта*

### **5. СУГЕСТИИ И ПРЕПОРАКИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА.....84**

5.1. Макроекономски контекст.....	84
5.2. Финансиска контрола.....	85
5.3. Создавање на ресурси.....	85
5.4. Основен пакет на здравствени услуги.....	87
5.5. Склучување договори со даватели на услуги и нивна исплата.....	89
<b>ЗАКЛУЧОК.....</b>	<b>92</b>
<b>КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА.....</b>	<b>96</b>

## Вовед

Од прогласувањето независност, Македонија поминува низ тежок економски период обележан со пад на БДП, намалување на платите, зголемена сиромаштија и висока невработеност. Приходите од даноци се намалени поради високата невработеност, ниските плати, големиот обем на сива економија и слабиот капацитет за наплата на даноци и придонеси. Плаќањето на високи социјални придонеси од страна на еден ограничен број работодавци го попречува економскиот развој. Сето ова значи дека во моментот долгогодишниот систем на социјално здравствено осигурување е под сериозен притисок, додека фактичката состојба покажува дека одредени предуслови за воопшто земјата да има еден ваков систем не се исполнети. Такви предуслови се земјата да има ниска стапка на невработеност, најголем дел од економијата да е формална (наспроти сива) и да постои добар капацитет за наплата на придонесите за здравство.

Република Македонија и понатаму ќе продолжи да го темели финансирањето на здравствената заштита врз здравствено осигурување, за што има долга традиција. И понатаму, основен извор за прибирање на средствата ќе бидат придонесите од плата и други надоместоци кои ќе се слеваат во единствен државен фонд за здравствено осигурување, со голем степен на солидарност помеѓу осигурениците, но и со строги критериуми за одржливост, финансиска контрола и надзор од Владата.

Министерството за финансии ќе продолжи секоја година да го предлага вкупниот буџет на ФЗОМ за наредната година, врз основа на плановите за собирање на приходи. Овој буџет мора да биде одобрен од Собранието како горна граница за расходите на ФЗОМ во претстојната година. ФЗОМ изготвува план за распределба на средствата до сите елементи на системот за здравствена заштита во претстојната година, којшто треба да биде одобрен од Управниот одбор. ФЗОМ не смее да преземе обврски за плаќање на трошоци над договорената горна граница. За време на претстојната деценија, планот на расходите на ФЗОМ постепено ќе преминува од план заснован на историски исплати во план заснован на купување на потребниот вид и обем на здравствени услуги по договорени цени. Сите договори помеѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги имаат финансиска горна граница поврзана со одреден лимит за активностите, што значи дека финансиските одговорности се префрлаат од ФЗОМ на давателите на услуги.

Финансирањето како функција во сите системи преставува подлога за одржливост на самиот систем. Од одржливоста на финансирањето, директно зависи одржливоста и развојот на самиот систем, т.е. системи. Оттука и во системот на здравствената заштита финансирањето го детерминира функционирањето на системот во целина. Под овој поим се подразбира збир на методи за обезбедување средстава за здравствена заштита и методи за распределба на собраните средства.

Финансирањето на здравството преставува предизвик и проблем, со еднаков интензитет, за сите земји во светот. На овој поим треба да се гледа како на категорија чие битие зависи од одредени општествени, економски, социјални и политички услови. Затоа, со промена на тие услови се менува и содржината, обликот, начелата кои се применуваат при остварувањето на поимот на финансирање на здравствената заштита. Финансирањето на здравствената заштита еволуира од индивидуално плаќање при добивање на услугата, до плаќање преку здравствено осигурување на работодавецот или пак работникот, како и финансирање од страна на Владата преку социјалната заштита или даночниот систем, дополнети со приватни или невладини организации. Секоја земја прави напори за избор на компатибилен сооднос на начините на финансирање, а тоа сè со цел за остварување во денешни услови на глобалната тенденција на проширување на основата и опфатот на осигурениците како определба за поквалитетен животен стандард.

Со Уставот на Република Македонија на секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита, а граѓаните имаат право и должност да го чуваат и унапредуваат сопственото и здравјето на другите. Во духот на темелните вредности е поставен и системот на финансирање на здравствената заштита. Здравствениот систем на Република Македонија претставува систем заснован на здравствено осигурување, во согласност со принципот на солидарност. Здравственото осигурување е универзално, а здравствената заштита сеопфатна. Задолжителното здравствено осигурување и управување со средствата го спроведува Фондот за здравствено осигурување на РМ. Како извори на финансирање на здравствената заштита во нашиот здравствен систем се јавуваат придонесите за здравствено осигурување, трансфери од буџетот, партиципација и други приходи (доброволно осигурување, донации и др.). Во моментот средствата од придонесите се главен извор на финансирање на здравствениот сектор. Статистичките податоци упатуваат на фактот дека во последните години тие изнесуваат 95% од вкупните јавни средства за здравствена заштита и останатите права

и активности од здравственото осигурување. Но, тука се поставува прашањето колку нашето здравство има потреба од буџетски трансфери и зошто тие од досегашното искуство се на многу ниско ниво? А финансиската димензија на здравствениот систем најдобро се прикажува преку структурата на приходите и расходите на Фондот за здравствено осигурување.

### **Предмет и цели на истражувањето**

Познато е дека голем дел од западно-европските земји и многу други индустриски земји го развиле моделот на задолжително здравствено осигурување. Исто така, познато е дека секој јавно здравствен систем има свои предности и слабости, како и специфичен пристап во решавање на јавно здравствените проблеми, како и во обезбедување на универзалната здравствена заштита. Земјите користат различни начини за да ја направат здравствената заштита достапна за сите.

Целта на овој труд е да се анализира, проучи, презентира суштината на системот на финансирање на здравствената заштита во Република Македонија, што е направено и што треба да се направи? На кој начин Република Македонија да дизајнира оптимален систем на финансирање на здравството кој, пак, постојано ќе се развива во согласност со развојот на материјалната основа на земјата и населението? За да одговориме на овие прашања ќе ги примениме методите на теоретска и економска анализа, емпириско и компаративно истражување, позитивно-правниот метод. За да дојдам до заклучни согледувања најпрвин ќе дадам поимно определување на поимот на овој труд, ќе ја истражам поставеноста на системот на финансирање на здравствениот сектор во Република Македонија, неговата организација, предности и недостатоци и тоа преку детално проучување на законската регулатива и статистичките податоци. На крај, како резултат на добра обработка на собраните податоци и информации, ќе се обидам да дадам одговор на поставените прашања, што претставуваат и цел на овој труд, како и да дадам сопствено мислење за подобрување на постоечкиот систем на финансирање на здравството.

Цели на трудот:

- Да се дефинира што е универзална здравствена заштита;
- Да се објасни разликата помеѓу централизирано и децентрализирано финансирање на здравствена заштита;

- Да се анализираат причините за зголемување на трошоците на здравствена заштита;
- Да се разбере како да се намалат трошоците на здравствена заштита;
- Да се прошири знаењето за процесот на финансирање на здравствена заштита;
- Да се вреднува правото на здравје и принципот на солидарност;
- Да се опишат функциите на финансирање на здравствена заштита.

Финансирањето претставува зголемување на приходите за да се плати за добрата или услугите<sup>1</sup>. Финансирањето како функција на јавно здравствениот систем се однесува на мобилизирање, акумулација и алокација на парични средства за да се покријат здравствените потреби на луѓето, индивидуално или колективно во системот<sup>2</sup>.

Како што целокупното финансирање на здравствената заштита е важна детерминанта за нивото на расположливата здравствена заштита, така е важен и начинот на кој се трошат средствата, односно внатрешната распределба на вкупните финансии во системот на здравствената заштита. Финансиските средства можат да се распределат во однос на:

- Целите и приоритетите;
- Нивото на здравствена заштита, односно примарно, секундарно, терцијарно;
- Мерките на здравствена заштита, како што се здравствена промоција, превенција, откривање, лечење и рехабилитација;
- Трошоците на здравствената служба: плата, материјални трошоци, опрема и друго;
- Начинот и изворите на финансирање, како што се буџет, донатори, дотации и друго.

Финансирањето и распределбата на ресурсите во јавно здравствениот систем треба да биде врз основа на универзалните вредности кои се засновани на *принципите на еднаквост, економичност, солидарност и оптимален квалитет*.

---

<sup>1</sup> World Bank, 2000;

<sup>2</sup> WHO, 2000b.



## *Глава прва*

### **1. ОРГАНИЗАЦИСКИ ПРИСТАП КОН РЕФОРМАТА НА СИСТЕМОТ НА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ ВО МАКЕДОНИЈА**

Тековната организациска структура на превентивната здравствена заштита (јавното здравје) во Република Македонија, во согласност со Законот за здравствена заштита<sup>3</sup>, е составена од Републичкиот завод за здравствена заштита (НИЈЗ) во Скопје, десет регионални / градски заводи за здравствена заштита, како и 21 санитарни, хигиенски и епидемиолошки единици<sup>4</sup>. Главните функции на НИЈЗ како организација на терциерно ниво се: собирање податоци за показателите на иницијативата Здравје за сите (ЗЗС), следење на здравствената состојба на населението во Македонија, изготвување извештаи и анализи за здравствената состојба и организирање на системот за здравствена заштита, епидемиолошко следење, имунизација, следење на животната средина, контрола на лекови и советување на Министерството за здравство (МЗ) за работи поврзани со здравствени политики. За да ги спроведе овие функции, НИЈЗ ги врши следниве активности:

- 21 Координирање на работењето на 10-те Заводи за здравствена заштита (РИЈЗ) и други санитарни, хигиенски и епидемиолошки единици во Македонија;
- Работи како референтен центар за статистички податоци од областа на здравството, обработка на податоци и статистичка анализа;
- Спроведува активности поврзани со дизајнирање и развивање на национални системи за здравствени информации;
- Ги спроведува сите работи поврзани со здравствено образование и унапредување на здравството во Македонија;
- Работи како референтен центар за обработка и анализа на биолошки примероци, како и физичка и хемиска анализа на примероци од животната средина;

---

<sup>3</sup> Република Македонија, Закон за здравствена заштита (Пречистен текст на англиски јазик), ревидиран во 2006 година;

<sup>4</sup> Република Македонија, Евалуација на услугите од областа на јавно здравје во Југоисточна Европа (Нацрт Национален извештај), мај 2007 година.

- Брза распределба на ресурси во случај на епидемии;
- Спроведување на мерки поврзани со природни катастрофи и други несреќи и други невообичаени услови;
- Контрола на лекови, компоненти на лекови и дополнителни лекови;
- Следење и реагирање при постоење на јонизирачко зрачење;
- Како тренинг центар за јавно здравје, епидемиологија и хигиена за здравствените работници и соработници;
- Воспоставување и спроведување на професионални критериуми во јавното здравје<sup>5</sup>.

Македонија, и покрај забележаното влошување на состојбата со основните функции од јавното здравје во изминатите неколку години, сепак ужива речиси целосна институционална покриеност од страна на агенциите за јавно здравје ширум земјата<sup>6</sup>.

Системот за јавно здравје е темелно опишан во Нацрт евалуацијата за службите за јавно здравје во Југоисточна Европа: Национален извештај за Македонија (мај 2007 година), порачан од страна на пактот за стабилност за Југоисточна Европа. Државниот санитарен и здравствен инспекторат и дирекцијата за храна, кои се дел од МЗ, спроведуваат законски прописи поврзани со регулативите за здравје како и со регулативите за безбедност на храна соодветно; тие не се формално под НИЈЗ, меѓутоа функционално имаат интеракции во однос на прашањата кои се од важност за јавното здравје.

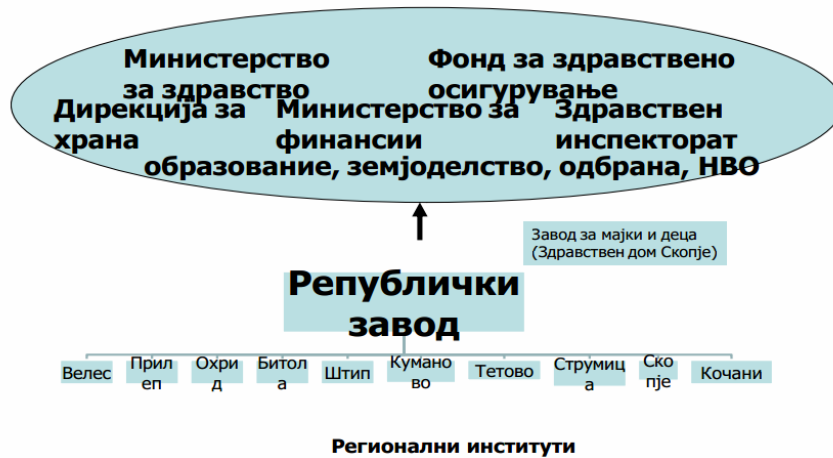
Дополнителни надлежности за јавното здравје можат да се најдат во рамките на Министерствата за одбрана, земјоделство, труд, внатрешни работи, надворешни работи, финансии, наука, образование, локална самоуправа и други. Тековната организациска структура на системот на јавно здравје е прикажана на Слика 1.: Тековна структура на системот на јавно здравје во Македонија:

---

<sup>5</sup> Национален институт за јавно здравје. Програма за социјална медицина (документ без датум). „Подобрување на системот за здравствена евиденција во системот на здравствена статистика во Македонија“;

<sup>6</sup> Кендровски В., Алексоски Б., Панева Л., Спирковски В., Извештај за јавно здравје за Република Македонија, Скопје, 2004 година.

## Субјекти на јавно здравје



Треба да се забележи дека Заводот за здравствена заштита на мајки и деца, со национален мандат за следење на здравствената состојба на мајките и децата, спроведување на програми за обука, вршење надзор на патронажни сестри и развивање на политики, е вграден во Здравствениот дом Скопје и е во основа одделен од НИЈЗ<sup>7</sup>.

РИЈЗ се релативно децентрализирани уште од 1993 година, со обврски за доставување извештаи до НИЈЗ и должности за спроведување на различните програми од МЗ. Прашањата околу децентрализацијата и интеграцијата на Заводот за здравствена заштита на мајки и деца се опфатени во посебен документ (Анекс Б. Дискусија за децентрализиран, наспроти централизиран модел за вршењето на здравствени услуги во Република Македонија). НИЈЗ е составен од пет основни единици: Епидемиологија и микробиологија; Социјална медицина, Здравје на животната средина, Безбедност на храна и исхрана; Тестирање и контрола на лекови и Општи работи (администрација).

<sup>7</sup> Програма за активна здравствена заштита на мајки и деца во Република Македонија за 2007 година.

## **1.1. Организациска визија**

Во февруари 2007 година, МЗ разви општа Стратегија за здравство за Република Македонија до 2020 година: безбеден, ефикасен и правичен систем на здравствена заштита, со визија за надградба на јавното здравје и усогласување со меѓународните стандарди. Оваа стратегија предвидува реорганизирани, модернизирани и зајакнати системи кои се фокусираат на основните функции на јавното здравје за потребите на државата и локалните самоуправи, како и за сите други корисници на услугите. Новоформираната мрежа за јавно здравје, составена од РИЈЗ, НИЈЗ и други агенции кои имаат интерес во јавното здравје во Република Македонија е главниот фокус на оваа стратегија. Предвидени се подобрувања во собирањето, обработката и анализата на податоци во врска со здравствената состојба. Овие анализи треба да придонесат за подобрување на планирањето, како на спроведувањето на здравствената заштита така и на здравјето на населението во целост (заразни и незаразни болести како и намалување на факторите на ризик).

Веќе развиените програми за промоција на здравјето и здравствената политика ќе бидат зајакнати. Особено внимание ќе се посвети на адолесцентите, кои ќе бидат покриени со активности за промоција на здравјето насочени кон спречување на злоупотреба на дрога, користење на тутун и злоупотреба на алкохол. Значителни меѓусекторски активности во јавното здравје се потребни за постигнување на приоритетите за подобрување на здравјето, вклучувајќи ги целите за здравје на мајки и деца (ЗМД), едукација за здравје во училиштата, нега на постари лица, душевно здравје, контрола на заразните болести, безбедност на крв, главни незаразни заболувања (НЗЗ), бубрежни заболувања и контрола на повредите.

За време на работата на консултантот, работната група составена од раководството на НИЈЗ, директорите и претставници на РИЈЗ и раководството на Институтот за здравствена заштита на мајки и деца (ЗМД) се состана неколкупати со цел понатаму да ја развие визијата за ревидиран систем за јавно здравје во РМ. Сегашните размислувања на оваа работна група се да се зајакне спроведувањето на основните функции на јавното здравје преку вертикална функционална интеграција помеѓу НИЈЗ и РИЈЗ. Освен тоа, ЗМД ќе биде организациски интегриран во рамките на НИЈЗ (и одвоен од неговото сегашно место во Здравствениот дом Скопје). НИЈЗ треба да обезбеди национална координација на приоритетите од областа на јавно здравје. Тука се вклучува мониторинг, евалуација и анализа на здравствената

состојба, проценка, следење, истражување и контрола на ризиците за јавното здравје; обезбедување на здравствено воспитување, промовирање на социјалното учество во јавното здравје, поддршка за развој на политики и планирање, зајакнување на институциските капацитети во рамките на системот, развој на соодветна легислатива за зајакнување на практикувањето на јавното здравје, евалуација и промоција на еднаков пристап до потребните здравствени услуги, развој на човечки ресурси и едукација за јавно здравје, обезбедување квалитет на здравствените услуги на индивидуи и популација, истражување во јавното здравје и редуцирање на влијанието на итни состојби и катастрофи врз здравјето.

Сепак, РИЈЗ треба да бидат зајакнати во делот на следење, проценка и контрола на ризиците од областа на јавно здравје во соработка со други сектори. Работната група изрази силна препорака РИЈЗ да си го сочуваат својот независен правен статус и дека треба да се формираат тимови за јавно здравје во кои ќе се вклучат специјалисти од НИЈЗ и регионите. Работната група ја препознава потребата за подобрена координација и комуникација помеѓу институтите и потребата за јасни законски овластувања во рамките на нов закон за јавно здравје.

При подготвувањето на првата консултативна работилница за РИЈЗ одржана во хотелот Водно на 12 јули 2007 година, од директорите на РИЈЗ беше побарано да дадат сугестии за тоа како да се подобрат комуникациите и работните односи помеѓу РИЈЗ и НИЈЗ. Клучните точки искажани од страна на заводите на работилницата беа:

- Потребно е да се спроведе стандардизација и модернизација на системите за собирање на здравствени податоци за потребите на РИЈЗ и НИЈЗ, вклучувајќи софтвер, хардвер и законски овластувања;
- Месечни состаноци на директорите на РИЈЗ со претставници од НИЈЗ се потребни, како и подобрени системи за електронска комуникација и известувања;
- Објавени Годишни извештаи за активностите на заводите кои ќе бидат наменети за јавноста и за споделување на информации помеѓу институтите (подобрувања во давањето на повратни информации и анализа од страна на НИЈЗ);
- Потребно е зголемување на бројот на теренски посети остварени од страна на персоналот на НИЈЗ во регионите;

- Квартални работилници за технички прашања и обука би биле корисни за одржување на самодовербата и техничката стручност на персоналот;
- РИЈЗ ќе бидат примарно вклучени во процесите на стратешкото планирање, координирано од страна на НИЈЗ;

На четвртата и последна работилница (февруари 2008 година), Работната група ги прегледа следниве прашања и ги даде следниве одговори:

## 1. Организациски прашања

- Кои се клучните елементи на вертикалната функционална интеграција кои можат да придонесат за обезбедување на максимална ефикасност на системот на јавно здравје при спроведување на основните функции од областа на јавно здравје? Кои се предностите и неповолностите поврзани со организирање на лабораториите во национална мрежа со заеднички ресурси и обврски?

**Одговор:** Организациските единици треба да се формираат во согласност со функциите под МЗ (ТИМОВИ), а МЗ треба да даде насоки. Можеби е добра идеја да се воспостави Национален здравствен одбор под МЗ. Сепак, беа изразени загрижености во однос на која би била главната функција на Националниот одбор (со оглед на тоа дека веќе постојат неколку комисии). Учесниците во одборот треба да доаѓаат од различни сектори и да имаат политичко влијание. Истиот треба да помогне во координацијата со меѓународни организации; нема да биде оперативен, туку советодавен и нема да може да утврдува приоритети врз база на индивидуална експертиза. Исто така, треба да добие овластување од Законот за јавно здравје. Интеграцијата на ЗМД во НИЈЗ треба да биде дефинирана со законски пропис. Како тоа да се спроведе, сè уште не е јасно.

- Дали може некои компоненти од регионалните институти (како што е епидемиологија) да бидат споделени помеѓу регионите, и доколку не може, дали постоењето на поединечни компоненти во секој регион може да се оправда?

**Одговор:** Општо говорејќи, споделувањето на компоненти не е прифатливо за регионите. Капацитетите на регионите треба да бидат зајакнати.

- Како може податоците изготвени од страна на регионалните заводи да се искористат подобро за здравствените политики и планирањето?

**Одговор:** Потребни се повеќе повратни информации од страна на НИЈЗ до регионите.

Податоците треба да се прегледуваат во годишните бизнис планови.

## 2. Финансирање

- На кој начин може буџетите за Регионите да се базираат на потреби и успешност?

**Одговор:** Во моментот, Регионите не можат да спроведуваат ваков вид на буџетирање. Трансферите од ФЗО се намалени за сите заводи. Приходите од МЗ за тековната година се знаат дури во последниот месец на годината. Во просек, расходите за секој РИЈЗ се 12 – 14 денари по жител на месец. РИЈЗ би сакале помош во планирањето, со податоци за расходите за јавно здравје во други земји. Работната група смета дека 12 денари на месец за жител е неадекватно инвестирање во јавното здравје.

- Покрај лабораториските услуги, кои алтернативни извори на приходи можат да се генерираат на регионално ниво?

**Одговор:** Финансиите од централниот буџет треба да се зголемат. На Работната група не и е јасно како може ова да се постигне. Локалните извори, исто така, треба да се искористат, меѓутоа, повторно, во Македонија не постои модел за овој вид на извор.

- Како можат НИЈЗ и РИЈЗ да преминат на користење на извори кои во најголем дел ќе доаѓаат од централниот буџет;

**Одговор:** Ова ќе треба да се спроведе преку нов Закон за јавно здравје и одлуки донесени на повисоко ниво.

- Како можеме да воспоставиме модел на плаќање по услуга помеѓу ФЗО и заводите за клинички превентивни услуги и услуги од јавно здравје со кои се остварува заштеда на расходите на ФЗО преку ефективна превенција;

**Одговор:** Регионите треба да можат да доставуваат фактури и да добиваат средства за активностите од превентивните програми како дел од основниот пакет на услуги во Македонија. Изготвени се нацрт-предлози за расходите за овие програми<sup>8</sup>, од страна на НИЈЗ, меѓутоа не е јасно како овие средства ќе се распределуваат по регионите. Еден можен модел е изготвување на посебни бизнис планови базирани на потребите.

Финансирање од локални извори претставува друга можност доколку постои

---

<sup>8</sup> Национален институт за јавно здравје, програма на социјална медицина (ракопис без датум). „Табела 1 распределба на средства по програми и извори на финансирање“. (Тука е даден опис на средствата кои треба да се префрлат на ФЗО од страна на МЗ за приоритетните програми за јавно здравје во рамките на основниот пакет на услуги).

свесност кај локалната самоуправа за јавното здравје на граѓаните. Регионите можат да ги привлечат општините со нивните мисии (можност за формирање на локални советодавни одбори). Министерството за локална самоуправа треба да се вклучи во оваа дискусија. Исто така, друга можност е и спроведување на програма на дотации за надополнување помеѓу националното и локалното ниво, меѓутоа ова треба да биде предвидено во нов Закон за јавно здравје. Тестирањето на примероци од вода, животна средина итн., кое се врши во РИЈЗ придонесува за заштеди на ФЗО и, оттука, можеби треба делумно да биде финансирано од страна на фондот. Сите интервенции ориентирани кон населението треба да бидат во надлежност на државата на некое ниво. Тешко е да се гарантира одржливоста на финансирањето со национални структури. Локалните власти не добиваат средства од централни извори и, порати тоа, треба да изнајдат локални извори на финансирање со цел да ги финансираат РИЈЗ. Тарифите кои ќе се наплаќаат по услуга од локалните структури мора да ги покријат сите трошоци поврзани со извршување на услугите од јавно здравје. Голем дел од овие услуги не се дел од програмите на МЗ, а се поврзани со потребите на ФЗО и според тоа ФЗО треба да ги финансира.

## **1.2. Предлог за организација**

Главното организациско прашање сега е: Како да се ревидира постоечкиот систем на јавно здравје за да се постигне подобар опфат на основните функции на јавното здравје, како што е опишано во претходно споменатиот документ (Анекс В). Значително внимание е посветено на придобивките, односно неповолностите од зголемената централизација, односно децентрализација на системот на јавно здравје. Од 1993 година, децентрализацијата е спроведена за 10-те регионални ИЈЗ и придружните локални субјекти но, сепак, постои забележителен недостаток на прецизно дефинирање на односите помеѓу НИЈЗ и овие децентрализирани органи, како и немање на јасно дефинирана група на обврски за спроведување на приоритетните програми за јавно здравје во рамките на системот. Работната група сега препорачува вертикално функционално интегриран модел со НИЈЗ и со 10 регионални правни лица претставени од страна на РИЈЗ. НИЈЗ ќе го обезбеди водството, развојот на политики, поставување на стандарди и промовирање на програмите од јавно здравје на национално ниво, а РИЈЗ ќе ги спроведуваат програмите за јавно здравје на локално /



регионално ниво. Оваа вертикална функционална интеграција е замислена како двонасочна помеѓу РИЈЗ и НИЈЗ, а исто така и хоризонтална преку развивањето на функционални мрежи со други министерства, приватниот сектор, мултилатералните организации и невладините организации (НВО) на национално ниво. Дополнителни клучни елементи на овој предлог се препораките за зголемување на финансиска поддршка од централната влада за основните функции на јавното здравје (превентивни програми); да се обезбедат доволно човечки ресурси за спроведување на приоритетните програми за јавно здравје во сите региони и да се вклучат локалните самоуправи, приватниот сектор и невладините организации како фактори кои даваат свој придонес од долу нагоре на системот на јавно здравје.

Втор клучен елемент од реорганизацијата на НИЈЗ е интегрирањето на Заводот за здравствена заштита на мајки и деца (ЗМД) во ревитализираниот НИЈЗ, од Здравствениот дом Скопје (каде што функционира од средината на 1970-тите години). Од дискусиите со заводот за ЗМД и НИЈЗ произлегоа неколку предности поврзани со ваквото поместување, вклучувајќи ја и можноста за подобрени услови за работа во иднина, подобро споделување и користење на податоци помеѓу ЗМД и НИЈЗ, подобра информираност на раководното ниво на МЗ за прашањата од областа на работа на ЗМД; поголема слобода за теренска работа, спроведена од страна на персоналот на ЗМД, подобро пренесување на информации, подобро известување за податоците на ЗМД и потенцијал за давање поголем придонес во законските рамки и донесувањето одлуки. Освен тоа, со интеграцијата на ЗМД во НИЈЗ може да се овозможи подобро вградување на програмите на ЗМД во бизнис плановите на РИЈЗ (опишани во дел 8 од овој извештај). Потенцијалните предизвици поврзани со оваа интеграција вклучуваат страв дека единицата за ЗМД може да се распадне како субјект со нејзино вклучување во друга единица во рамките на НИЈЗ; можност за не мала поддршка за основните програми; можност за отпор од страна на Здравствен дом Скопје поради губитокот на приходите по овие основи и губење на институционалната автономија и одлучување на раководството на ЗМД. Еден модел е ЗМД да стане посебен сектор (исто како епидемиологија, социјална медицина, лаборатории итн.) во рамките на НИЈЗ, со посебен бизнис план и финансирање, главно од централниот буџет на МЗ. Втор пристап би бил ЗМД да биде административно подреден во рамките на ЗМД, со тоа што ќе ја задржи својата функција, меѓутоа нема да има посебен ставковен буџет. Овој консултант препорачува заводот за ЗМД да биде поставен на еднакво организациско

ниво со другите функционални сектори на НИЈЗ, со тоа што директорот на ЗМД ќе биде одговорен на директорот на НИЈЗ. Успехот во намалувањето на морталитетот кај малите деца сугерира дека програмата на ЗМД треба да го задржи својот национален фокус, кој ќе се зајакне со интеграцијата во рамките на НИЈЗ. Овој завод можеби нема да има потреба од посебен бизнис план како таков, меѓутоа, сепак, треба да доставува годишни буџетски барања врз основа на успешноста во однос на клучните функции за јавно здравје кои овој завод ги врши. Програмата за ЗМД треба, на годишно ниво, да ги дефинира своите приоритетни програми, да поставува буџетски барања и да доставува извештаи за постигнување на договорените прагови на успешност. Во основа на овие се показателите на СЗО, како што е стапката на смртност кај мали деца, стапката на смртност кај мајки, рана перинатална грижа, процент на доење во траење до една година и покриеност со имунизација. Главните подрачја на работа на НИЈЗ ќе бидат нагласени во согласност со основните функции на СЗО – Еуро опишани во одделот за основни податоци на овој документ:

☐ *Следење и проценка на здравјето и добросостојбата на населението:*

о Анализа на здравствените податоци обезбедени од страна на регионите, лабораториите и системот на здравствено осигурување;

о Координација на националните и регионалните системи за следење.

☐ *Идентификација на здравствените проблеми и здравствените опасности во заедницата:*

о Регистрација, дефиниција и анализа на главните ризици и проблеми за јавното здравје на национално ниво;

о Обезбедување авторитативни и транспарентни здравствени информации и совети за професионалците и за пошироката јавност;

о Користење национални податоци, давање повратни информации на регионите во однос на здравствените проблеми кои се однесуваат за конкретни региони под надлежност на НИЈЗ;

☐ *Здравствена заштита: техничка проценка на потребите и активностите потребни за обезбедување здравствена заштита и развој и спроведување на законите и прописите за здравствена заштита и обезбедување на сигурност; тука, исто така, се вклучуваат и области како што се здравје на животната средина, безбедност на храна, здравје при работа, спречување на повреди:*

о Давање совети на владата во однос на развојот на политики и програми за јавно здравје, вклучувајќи подобрување на Законот за јавно здравје односно нови закони за безбедност на храна<sup>9</sup>;

□ *Спремност за и управување на итни случаи од областа на јавно здравје:*

о Реагирање на нови закани по јавното здравје;

о Соработка со мултинационални организации во врска со глобална реакција на закани како што е биолошки тероризам, птичји грип, САРС и распространетост на хронични заболувања;

□ *Спречување на заболувања: примена на интервенции за примарна и секундарна превенција, како што се програми за вакцинација и програми за прегледување за хронични заболувања:*

о Работа со мултинационални програми, билатерални донатори и домашни агенции, како што се Министерството за образование, во врска со координација и спроведување на програми за превенција на хронични заболувања;

о Сигурно спроведување на клучни превентивни програми (вакцини, прегледи за рак на грлото на матката и вакцинација со ХПВ, прегледи за зголемен крвен притисок, откривање на шеќерна болест, одвикнување од пушење и други активности за контролирање на тутунот, како и програми за превенција на зависност.

□ *Здравствена промоција и едукација:*

о Спроведување на конкретни приоритетни програми со централно финансирање од МЗ;

---

<sup>9</sup> Во Глобалната стратегија на СЗО за безбедност на храна се предлага сеопфатен пристап кон намалување на заболувањата кои се пренесуваат преку храна. Тука се вклучува градење капацитет и развој на човечки ресурси со вклучување на повеќе актери, како што се: секторите за здравство, земјоделство, трговија, економија како и провинциските и општинските власти и НВО. Градењето на капацитетот треба да се базира на соработка и координација помеѓу овие актери. Секторот за здравство е најчесто, но не секогаш, најсоодветен субјект кој би требало да ги предводи овие активности на национално ниво, а, исто така, овие активности можат да бидат насочувани и од страна на предложениот Национален одбор за јавно здравје. Градењето капацитет треба да помогне во надминување на недостатоците, вклучувајќи немање на национални планови за безбедност на храна, застарени закони и прописи, немање механизам за следење на заболувањата кои се пренесуваат преку храна, инспекторати за храна кои се недоволно опремени и несоодветно структурирани и недоволни материјали за едукација и обука за безбедност на храна. Клучните чекори вклучуваат зајакнување на локалните технички и научни капацитети според тоа, тука треба да се вклучат РИЈЗ во Македонија. Види: [http://www.who.int/foodsafety/publications/general/en/strategy\\_en.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/general/en/strategy_en.pdf)

о Развој на предлози за програми за категорична превенција и здравствена промоција (како што се на контрола на пушењето преку глобалната иницијатива на Блумберг);

☐ *Покренување, поддршка и спроведување на истражување поврзано со здравството:*

о Откривање нови знаења преку истражување за јавното здравје;

☐ *Евалуација на квалитетот и ефективностa на здравствени услуги на ниво на поединци и на ниво на заедница:*

о Преку моделот за бизнис план кој е приложен тука, прегледување на податоците од здравствениот систем, извештаи за спроведување на програми и податоци за резултати со цел доставување на годишни извештаи до МЗ во врска со здравствената состојба на населението во Македонија и ефективностa на конкретните приоритетни програми;

☐ *Обезбедување стручна работна сила за јавно здравје и лична здравствена заштита и иницирање, развој и планирање на политики за јавно здравје:*

о Развој на едукациски програми во училиштето за јавно здравје и програми за континуирано образование за да се обезбеди стручна и сеопфатна работна сила во областа на јавното здравје;

о Развој на можности за пракса во НИЈЗ и РИЈЗ за студенти по јавно здравје со цел да се стекнат со реални образовни искуства.

Главните области на работа на РИЈЗ ќе бидат преку здравствените тимови кои соработуваат со НИЈЗ. Овие функции вклучуваат:

☐ *Здравствена екологија и јавно здравје (во координација со Здравствениот инспекторат и ветеринарните служби);*

☐ *Квалитет на здравствените услуги и развој (во координација со давателите на клинички услуги);*

☐ *Анализа на здравствените информации на регионално ниво;*

☐ *Контрола на заразните заболувања, особено епидемии и ризици кои се пренесуваат преку храна;*

☐ *Контрола на незаразните болести преку програми за здравствена промоција и едукација;*

☐ *Истражување на штетните здравствени детерминанти кај регионалното население.*

### **1.3. Тековни финансиски текови во системот на јавно здравје**

Во моментот постојат четири главни извори на финансирање за програмите на јавно здравје:

- ☐ Извори од централниот буџет;
- ☐ Фонд за здравствено осигурување (ФЗО);
- ☐ Самофинансирање и
- ☐ Надворешни програми.

Деветнаесетте (19) основни здравствени програми се финансираат преку централниот буџет (Табела 2), но во изминатите години, често пати целите поставени со буџетот не биле исполнети. Овие основни средства се распределуваат до НИЈЗ за активностите за кои тие се одговорни, како и до РИЈЗ и заводот за ЗМД за спроведување на активностите во рамките на различните здравствени програми за кои тие се надлежни. Во моментот, МЗ ги администрира средствата од Министерството за финансии за овие програми. Она што не е јасно е поврзано со сеопфатен буџетски процес од страна на РИЈЗ во кој ќе се наведат приходите и расходите според активностите за секоја од приоритетните програми. Ваков вид на буџетски документ би овозможил буџетирање „базирано на резултати“ и финансиско планирање за пополнување на недостатоците во финансирањето, особено во контекст на предложените обрасци за бизнис планови. Вториот главен извор е од ФЗО. На ФЗО му се доставуваат фактури за извршени услуги (главно лабораториски услуги извршени за потребите на здравствени институции и поединци, но исто така и за некои клинички услуги, како што се третмани на пациенти за приоритетни проблеми во јавното здравје). Во многу случаи овие фактури се обработуваат преку здравствените институции, со цел да се обезбедат такви услуги, РИЈЗ интензивно инвестираат во лабораториска опрема, често пати со дупликации на опремата помеѓу заводите. Во одредени случаи, оваа опрема не е целосно искористена поради недостатокот на човечки ресурси и/или недоволна побарувачка. Третиот главен извор на финансирање е самофинансирање. НИЈЗ и регионите поддржуваат одреден дел од своите буџети преку извори на самофинансирање. Овие се: клинички лабораториски услуги за болници, за поединци и за компании за потребните лабораториски испитувања на производи; за болници за контрола на болничките инфекции; за системи на водоснабдување за тестирање на исправноста на изворите; за производители и дистрибутери на храна за

потребите за безбедноста на храната наметнати од страна на Органот за храна; други тестирања во однос на животната средина. Тестирањето на лекови врз основа на надоместок за извршено испитување главно се врши во РИЈЗ, меѓутоа, ова се применува врз произведени и увезени лекови, а не на инвентарот на аптеките.

Надворешно финансирање се обезбедува за конкретни здравствени програми од мултинационални донатори како што е Глобалниот фонд за борба проти СИДА, ТЗ и маларија (ГФАТМ). Во третиот циклус, МЗ на Македонија доби 5,8 милиони УСД за ХИВ/СИДА (и покрај тоа што бројот на пријавени случаи на ХИВ е помал од 500), главно наменети за активности за спречување на СИДА, како што се терапии за замена на лекови и размена на игли. Постои ставка во буџетот за главните вакцини, меѓутоа, тука не се опфатени количини. Нема одредба за вакцина за пнеумокока, било за деца или за постари лица. Вакцина против грип се обезбедува за ризични групи; нема одредба за вакцина за ХПВ, ротавирус или други нови вакцини во рамките на централниот буџет.

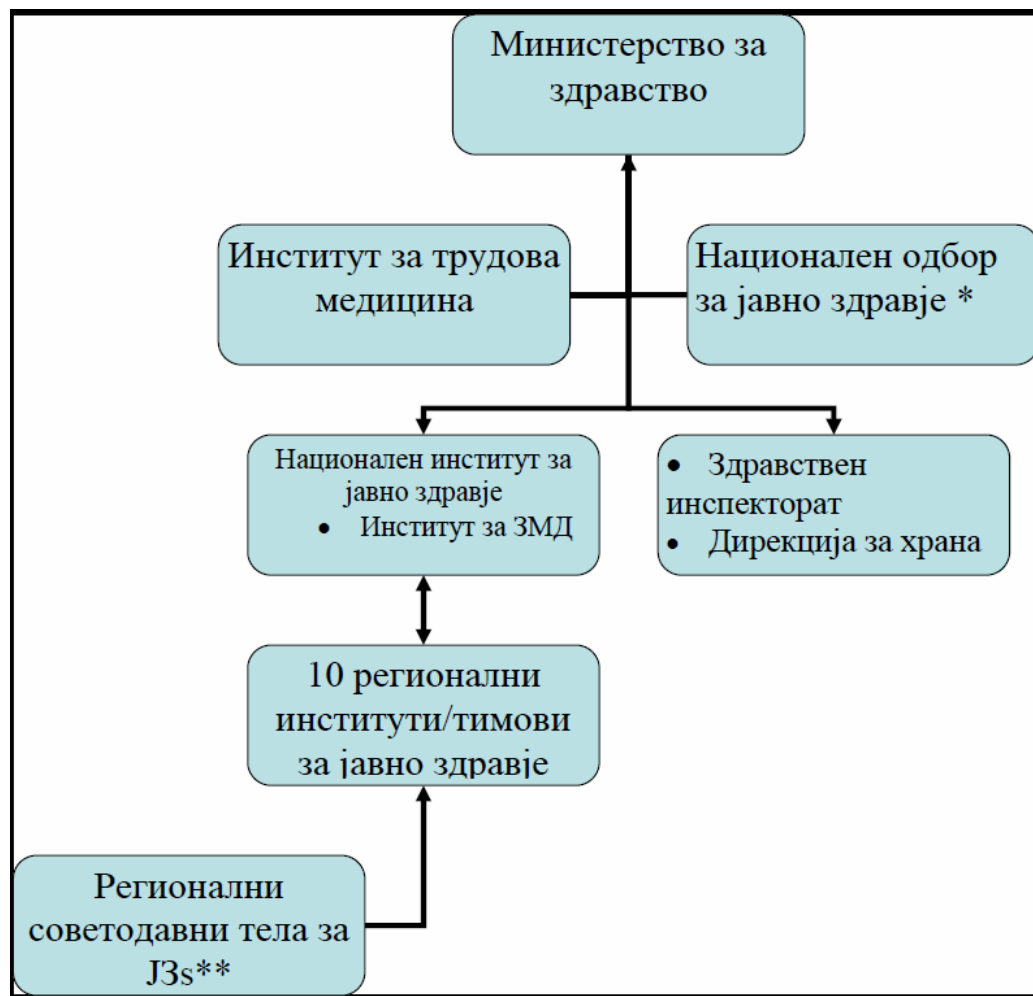
Општо земено, за секој РИЈЗ распределбата на приходи изгледа приближно како што следи:

- ☐ 60-70% од приходите се од ФЗО врз основа на фактури за извршени услуги;
- ☐ 10-30% од приходите се од самофинансирање;
- ☐ 10% од приходите се, односно, треба да бидат во услови на целосно финансирање, од 19-те програми на МЗ.

МЗ или НИЈЗ треба да го ангажира локалниот консултант кој, со помош од локалниот персонал со економски вештини и познавања на различните текови на финансии, треба да помогне во заокружувањето на овој процес. Јавното здравје е глобално јавно добро, со тоа што отсуството на заболувања, односно, намалување на влијанијата од заболувањата претставуваат мерливи цели. МЗ и Владата се одговорни за развивање и спроведување на здравствените политики. МЗ ги развива и ги следи организационите структури и е одговорно за оценување на нивните функции, а и Министерството за локална самоуправа треба да има улога во развојот на политиките за јавно здравје. МЗ има и посебно одделение за односи со ФЗО и има место во Управниот одбор на ФЗО. Меѓутоа, Министерството за финансии обезбедува финансии за сите здравствени активности кои се во директна врска со претходно опишаните 19 приоритетни програми за јавно здравје и со ФЗО. НИЈЗ е водечки орган за следење на здравјето, развивање политики и спроведување на националните

приоритетни здравствени програми и хиерархиски не е поставен над клучните заводи како што се регионалните ИЈЗ, Заводот за ЗМД, Здравствениот инспекторат и новооснованата Дирекција за храна. Регионалните ИЈЗ обезбедуваат значајни податоци на НИЈЗ но, според Работната група, не постои доволен поврат на информации до регионите. НИЈЗ нема буџетска власт над регионалните РИЈЗ, ниту пак дава мислења или ги администрира набавките за регионалните РИЈЗ. Набавките за РИЈЗ директно ги договара МФ без рационализација или надзор над потребите. НИЈЗ во моментот нема доволно човечки ресурси да обезбеди координација, комуникација и техничка поддршка на РИЈЗ и поголемата мрежа за јавно здравје.

**Слика 2.: Предложена организациска структура, ревидиран систем за јавно здравје во Македонија:**



\*Националниот одбор за јавно здравје може да биде составен од претставници на министерствата за образование, финансии, наука, внатрешни работи, одбрана,

земјоделство, животна средина и други. Исто така, можат да бидат вклучени претставници на СЗО и на други агенции на ООН, претставници на големите работодавци, здружението на потрошувачи, здравствените НВО и ФЗО.

**\*\*Регионалните советодавни одбори за јавно здравје можат да бидат составени од претставник на локалната самоуправа (во моментот е назначен лекар), големите локални работодавци, претставници на здружението на потрошувачи, локалните НВО, училиштата, полициските единици.**

Конечно, НИЈЗ може да развие функционална мрежа на раководители на лаборатории, така што би се олеснило спроведувањето и координацијата на националните приоритети, одговори на националните проблеми, набавки и акредитација. За ова ќе биде потребно консултирање, но постојат меѓународни ресурси (веројатно и ресурси од ЕУ) кои би можеле да помогнат во развојот на оваа мрежа.

#### **1.4. Подобрување на здравствениот систем во Република Македонија со проекција од 2011 до 2015 година**

Здравјето е фактор кој влијае на социјалната положба на населението и е услов за економски развој на државата. Затоа, Владата на Република Македонија ќе се залага за здравствен систем кој ќе го подобри, унапреди и ќе го одржи здравјето на сите граѓани, систем кој ќе се заснова на еднаквоста и солидарноста и кој ќе ги има во вид вистинските потреби на граѓаните. Основни приоритети за наредните четири години ќе бидат: подигање на квалитетот на здравствените услуги на сите нивоа, јакнење на примарната здравствена заштита и превентивата и воспоставување стабилен систем за финансирање на здравствената заштита за сите граѓани.

За подигање на квалитетот на здравствените услуги на сите нивоа за да се унапреди јавното здравје, во следниот четиригодишен период ќе се развиваат нови дисциплини и ќе се воведат нови неопходни третмани во јавното здравство преку<sup>10</sup>:

- Предвидување законска обврска за практикување медицина базирана на докази, а лекарите законски ќе се обврзат да ја применуваат во секојдневната пракса (декември 2013);
- Ќе воведеме стандардизирани постапки и процедури кои ќе ги издигнеме на ниво на протокол за зголемување на квалитетот на работа во јавните и приватните здравствени

---

<sup>10</sup> ПРОГРАМА ЗА РАБОТА НА ВЛАДАТА НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА 2011-2015 ГОДИНА, Скопје, јули, 2011, стр.74.



установи, со воспоставување на стандарди и контролни механизми за следење на нивната примена (декември 2013);

- Ќе се формира Агенција за акредитација на здравствените установи, која ќе ги подготвува стандардите во соработка со Министерството за здравство и континуирано ќе го следи и проценува квалитетот на работата во здравствените установи и применатана медицина базирана на докази (јуни 2012);

- Ќе се зголеми безбедноста на пациентите и ќе се намали ризикот при работа во болниците преку развивање и примена на клинички патеки за пациентите со различни дијагнози. Стандардизирањето на процедурите се однесува на поставување стандарди за опрема, кадар и простор, протоколите на целокупната постапка на лечење од медицински стручен аспект (декември 2014);

- Основање на Кардиолошка мрежа за третман на акутен срцев инфаркт во јавното здравство, преку опремување на регионалните болници со модерна и софистицирана опрема и обука на кадарот за почетниот третман кој е најважен за спасување на животот (јуни 2014);

- Унапредување на методите за трансплантација на ткива и органи, со посебен акцент на трансплантација на бубрези и на црн дроб, во јавното здравство. Со овозможување трансплантација на бубрези ќе се намали бројот на пациенти кои мораат да одат на дијализа и ќе се зголеми квалитетот на живот кај овие пациенти (јуни 2012);

- Основање на КОМА центар, во кој ќе има комбинирани услуги и соодветен современ третман и нега за пациенти кои подолг временски период се наоѓаат во кома и на долголежечки пациенти (декември 2013);

- Обука на здравствениот кадар од страна на искусни странски експерти преку мрежата со светски познатите универзитети преку меморандуми за соработка на сите 27 универзитетски клиники и институти (2012-2015);

- Акредитација на лабораториските и други услуги кои ги обезбедуваат универзитетските институти (2012-2015);

- Воведување на обврска за секоја здравствена установа јавно, на web страната, да ги објавува сите носители на дејности и сите лекари во здравствената установа, со определување на деновите и времето кога се на смена за да се олесни закажувањето на посетите и контролните прегледи (декември 2011);

- Формирање Центар за телефонско закажување на приеми и прегледи на граѓаните, во секундарното и терцијарното ниво за да се олесни пристапот кон специјалистичко – консултативните служби, болниците и клиниките во јавното здравство и да се намали времето на чекање за одредени здравствени услуги и дијагностички процедури;
- Воведување Систем за мерење на ефикасноста во работата на здравствените установи врз основа на здравствените услуги и финансиската рационалност при искористување на средствата (континуирано);
- Достапност на сите потребни лекови за пациентите во болниците според медицина базирана на докази преку укинување на болничката позитивна листи на лекови на товар на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (април 2013);
- Формирање современ Национален центар за ургентна медицина за згрижување на сите граѓани кои се наоѓаат во непосредна животна опасност и каде што ќе добијат квалитетна и навремена здравствена услуга (јуни 2014);
- Формирање единици за ургентна медицина за вршење на тријажа на итни болни во регионалните болници и нивно поврзување со Националниот центар за ургентна медицина со цел достапност на навремена здравствена интервенција на цела територија на државата (2012-2015);
- Основање нова едукативна програма за специјализација по ургентна медицина во рамките на програмите на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ (октомври 2012). Јакнење на примарната здравствена заштита и превентивата. Притоа, посебен акцент ќе се стави на реорганизацијата и зајакнувањето на Здравствените домови.

Во периодот 2011-2015 година ќе се посветиме на:

- Подобрување на Итната медицинска помош, преку набавка на најмалку 50 нови возила (2012-2013);
- Формирање на Центри за повик на итна медицинска помош на целата територија на Република Македонија (април 2013);
- Унапредување на примарната здравствена заштита преку обезбедување приоритетни и неопходни здравствени услуги и совети за граѓаните во нивните домови преку концептот на семеен лекар и јакнење на Итната медицинска помош. Во таа насока ќе продолжат обуките на специјалисти по семејна медицина (2012);

- Унапредување со опрема и доекипирање на поливалентна (повеќефункционална) патронажна служба во рамки на Здравствените домови, со зголемување на бројот и видот на услугите со фокус на населението во руралните средини (април 2013);
- Унапредување на превентивната здравствена заштита преку соработка меѓу локалната самоуправа и центрите за јавно здравје за развивање на проекти врз основа на регионалните приоритети за подобрување на здравјето на населението (континуирано) (2012);
- Продолжување на акцијата за бесплатна ХПВ вакцина за спречување на ракот на матката кај женската популација (континуирано);
- Бесплатно болничко лекување за пензионери сместени во болниците и клиниките, доколку нивната пензија е пониска од просечната во Република Македонија во 2012, а изнесува 10.870,00 денари (јануари 2012).

Стабилен систем за финансирање на здравствената заштита за сите граѓани: Владата ќе продолжи да работи на подобрување на финансирањето на здравствениот систем со прилив на дополнителни средства, а врз основа на добиени релевантни податоци за трошењето на средствата во здравството ќе се воспостави поефикасна распределба на ресурсите. Политиката на зголемување на Буџетот на ФЗОМ ќе продолжи преку проширување на базата за наплатување на придонесите како резултат на намалување на невработеноста, зголемување на бројот на осигуреници и строга финансиска дисциплина на расходната страна. Исто така, ќе се разгледа можноста за редесфинирање на пакетите на здравствени услуги. Истовремено, ќе продолжиме со мерките за поодговорно управување со ФЗОМ и зголемена транспарентност при преговорите со здравствените установи преку формирање на Мултилатерална комисија во која, покрај ФЗОМ и Министерството за Здравство, свои претставници ќе имаат синдикатот и осигурениците, коморите и професионалните здруженија на здравствени работници. Ќе ги забрземе и скратиме процедурите за реализација на правата на осигурениците во врска со решенијата кои ги издава ФЗОМ. За подобрување на евиденцијата ќе реализираме Проект за институционализација на национални здравствени сметки, преку информатички систем со сите информации за тоа како се трошат здравствените пари. За спроведување на приоритетите во областа на здравството во периодот 2011-2015 година ќе се реализираат следните проекти:

- Инвестирање во реновирање на инфраструктурата на:

- Хируршките клиники во Скопје, Институтот за рендгенологија, Ургентниот центар, Клиниката за детски болести, Клиниката за хематологија, Клиниката за кардиологија, Клиниката за инфективни болести, Институтот за белодробни заболувања, Клиниката за психијатрија, Републичкиот завод за трансфузиологија, Клиниката за хируршки болести „Св. Наум Охридски“, Институтот за белодробни заболувања – Козле и Специјалната болница за гинекологија и акушерство – Чаир;
- Довршување на започнатите активности во болниците во Тетово, Струмица, Велес, Прилеп, Охрид, Куманово, Гевгелија, Гостивар, Кичево, Кочани, Специјалната болница Јасеново во Велес, Заводот за нефрологија во Струга, Психијатриската болница во Скопје „Бардовци“, Психијатриска болница Негорци;
- Изградба на нова болница и објект за Медицински факултет во Штип;
- Реновирање на Клиничката болница Битола, Општите болници во Кичево, Струга, Гевгелија, Психијатриската болница Демир Хисар, Здравствен дом Охрид и целосна реконструкција на Градска болница „8-ми Септември“ во Скопје (2012-2016);
- Продолжување на активностите за подготовка на изградба на нов Клинички центар во Бардовци (дислоцирањето во нов клинички центар (до 2021);
- Инвестирање во комплетна обнова на канцелариите на лекарите преку набавка на немедицинска опрема за болниците и клиниките (2012-2014);
- Продолжување на проектот за набавка и ставање во употреба на најсовремена медицинска опрема, со цел подобрување на квалитетот на здравствените услуги и целокупната здравствена состојба на населението (септември 2013);
- Висина на партиципацијата при лекување во странство во максимален износ на учество на осигуреникот од 12.000 денари (април 2012-2015);
- Продолжување на проектот Ин витро на товар на ФЗОМ со зголемување на опфатот и на осигуреници кои веќе имаат пород од претходни заедници и за парови кои се носители на генетски заболувања (континуирано);
- Проширување на можноста за био-медицинско помогнато оплодување за обезбедување на Ин виво или потпомогнато оплодување на терет на ФЗОМ во приватните установи кои прават Ин витро оплодување до 4 пати (јуни 2012);
- Болничка мапа за лоцирање на здравствените услуги и соодветна покриеност на регионите (декември 2011);

- Канцеларии на ФЗОМ и во помалите општини;
- Формирање на ново Тело за медицински надзор и Национален систем за известување од четирите релевантни институции во здравството: Лекарската комора, Фармацевтската комора, Министерството за здравство и ФЗОМ (декември 2011);
- Отворање на Центар за возрасни болни со цистична фиброза (ЦФ) и едукација на медицинскиот персонал – физиотерапевти за оваа болест (јуни 2012);
- Унапредување на методологијата за утврдување на единствените и референтните цени на лекови, со што ќе се постигне понатамошно намалување на цените на лековите во аптеките (април 2012);
- Подобро лекување и нега на лицата згрижени во психијатриските установи (септември 2013);
- Воведување на телемедицина - медицина на далечина, online едукација и набљудување на болните каде, со помош на новите технологии, ќе се овозможи пациентот да ги изврши медицинските испитувања на едно место, а резултатите да ги испрати лекар кој се наоѓа во друга здравствена установа во земјата или во странство (2012-2015);
- Заштита на младата популација со ангажирање на педијатри во општините. Локалната самоуправа ќе ја стимулира здравствената заштита на децата преку ангажирање на педијатри, односно нивно финансирање за да специјализираат, со обврска да ги опслужуваат децата во тој регион најмалку во наредните 10 години (2013-2015);
- Плаќање на лекарите во болниците по учинок, со што, во зависност од големината и типот на ЈЗУ, ќе се предвиди за најуспешните три до пет доктори, по критериумот на учинок, да имаат зголемување на месечната плата до 100% од основната плата (декември 2011).

## **2. АНАЛИЗА НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВОТО ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

### **2.1. Процес на финансирање на здравствената заштита**

Финансирањето претставува зголемување на приходите за да се плати за добрата или услугите<sup>11</sup>. Финансирањето како функција на јавно здравствениот систем се однесува на мобилизирање, акумулација и алокација на парични средства за да се покријат здравствените потреби на луѓето, индивидуално или колективно во системот<sup>12</sup>.

Како што целокупното финансирање на здравствената заштита е важна детерминанта за нивото на расположливата здравствена заштита, така е важен и начинот на кој се трошат средствата, односно, внатрешната распределба на вкупните финансии во системот на здравствената заштита. Финансиските средства можат да се распределат во однос на:

- Целите и приоритетите;
- Нивото на здравствена заштита, односно примарно, секундарно, терцијарно;
- Мерките на здравствена заштита како што: се здравствена промоција, превенција, откривање, лечење и рехабилитација;
- Трошоците на здравствената служба: плата, материјални трошоци, опрема и друго;
- Начинот и изворите на финансирање како што се: буџет, донатори, дотации и друго.

Финансирањето и распределбата на ресурсите во јавно здравствениот систем треба да биде врз основа на универзалните вредности кои се засновани на *принципите на еднаквост, економичност, солидарност и оптимален квалитет*.

Секоја земја се соочува со потребата од државно финансирање на здравството независно од тоа дали станува збор за целата популација, или пак за најранливата група на популација, во која спаѓаат сиромашните и старите лица. Како основа на

---

<sup>11</sup> World Bank, 2000;

<sup>12</sup> WHO, 2000b.

принципите за универзална опфатеност, еднаков пристап, економичност, солидарност, одржливост и оптимален квалитет на здравствените услуги, до 2010 година, во сите земји членки на СЗО треба да се воспостави *одржливо финансирање*. Тоа треба да одговара на здравствените потреби на популацијата, а ресурсите треба да бидат насочени кон финансирање на мерките кои треба да се засноваат на научни докази за да се овозможи унапредување и заштита на здравјето<sup>13</sup>. *Процесот на финансирање на здравствената заштита има широк опфат и започнува со тоа:*

- Од каде доаѓаат парите;
- Како тие се собираат;
- Колку се вложуваат и редистрибуираат до третата страна купувачи (влада, фонд, осигурувач и други) и
- Како тие се користат за плаќање на обезбедувачите на здравствените услуги.

Овој процес е комплексен, така што и експертите наидуваат на тешкотии истиот да го опишат. Целта на здравствената економија е да даде научно објаснување за функционалноста на пазарот на здравствени дејности, да овозможи ефективно и ефикасно планирање на финансиските средства во една национална економија и политика, како и да укаже за индивидуалниот однос и значење на финансиското планирање и трошоци.

## **2.2. Методи и извори за финансирање на здравствената заштита**

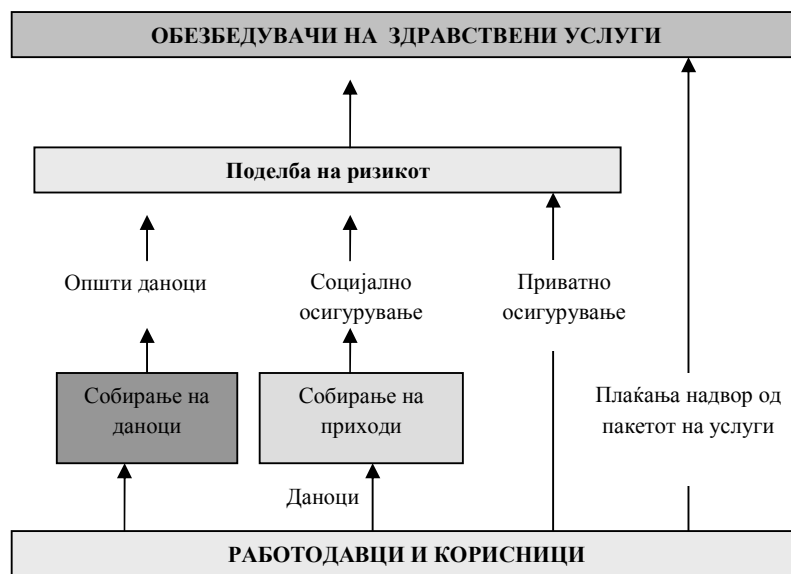
Здравствената економија ги опфаќа и проучува методите и изворите на обезбедување на финансиски средства за здравствена заштита како и нивна правилна распределба на популацијата. Методите за финансирање на здравствената заштита се преку:

- Даноци (државен буџет);
- Здравствено осигурување;
- Социјална заштита;
- Директна наплата од страна на пациентот при добивање на здравствената услуга;
- Странска помош, заеми, грантови, донации и дотации.

---

<sup>13</sup> Цел 17-Стратегија на Светска здравствена организација, Здравје за сите во 21 век.

Имајќи ги предвид методите на финансирање на здравствената заштита, сосема логично се надоврзува потребата од ефикасен менаџментот, пред сè на стручноста и искуството на здравствениот менаџер, којшто треба да одигра директна улога во рационалното искористување на расположливите средства и во правилната дистрибуција на финансиските средства во еден јавно здравствен систем. Сето ова можеме да го илустрираме преку *функционирање на финансискиот механизам на здравствена заштита.*



За подобро разбирање на процесот на финансирање на здравствената заштита ќе дадеме табеларен преглед на изворите на финансирање<sup>14</sup>:

<sup>14</sup> Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000.



Јавни извори	Приватни извори	Меѓународна соработка
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Општи приходи на сојузните, државните и локалните власти, главно од даноци, од приход, добивка, наследство, додадена вредност, имот и друго</li> <li>• Данок за социјална заштита</li> <li>• Задолжително здравствено осигурување</li> <li>• Данок на игри на среќа</li> <li>• Наменски даноци на цигари, алкохол, казина</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Приватно здравствено осигурување</li> <li>• Лични трошоци</li> <li>• Приватни донации, тестаменти</li> <li>• Приватни фондации</li> <li>• Доброволни служби во заедницата</li> <li>• Чланарна од корисниците</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соработка со ОН</li> <li>• Фондации</li> <li>• Верски организации</li> <li>• Други невладини организации</li> <li>• Светската банка</li> <li>• Билатерална меѓународна помош</li> </ul>

Од аспект на финансирањето на здравствената заштита, а посебно во искористувањето на расположливите средства, секогаш ќе постои недоразбирање помеѓу *потребите и можностите*. Во врска со можностите, од особена важност за здравствената заштита е утврдување на приоритетите во здравствениот сектор и дефинирање на економските приоритети во рационалната распределба на средствата. За оваа цел, посебен акцент се става на употребата на многубројни техники како што се: анализите кои се користат за економска праценка (анализа на минимизирање на трошоци, анализа на исплатливост на трошоците, анализа на трошок-полезност, анализа на трошок-добивка), употреба на дополнителни и комбинирани анализи, статистички анализи и други соодветни анализи кои треба да послужат како најголем

аргумент во процесот на рангирање на приоритетите. Со примената на ефикасен и современ менаџмент во здравството и здравствената заштита ќе се овозможи рационално користење на средствата во решавањето на здравствените проблеми и ќе се обезбеди ефикасно функционирање на здравствената служба, а сè со цел намалување на трошоците и развој на економскиот, здравствениот и социјалниот систем на една земја.

Моделот на менаџментот подразбира целосна автономија на одреден вработен и на неговата работа. Тесно поврзани со побарувачката на здравствените услуги и со стратегијата на здравствената установа се *епидемиологијата, финансирањето на здравствената заштита и распределбата на средства*. Нивната економска анализа овозможува справување со комплексноста на јавното здравство.

Очевидно, прв чекор на здравствениот менаџмент, односно негова основна и посебна задача, е да ги согледа фактите засновани на потребите на општеството, која е и суштината на неговото дејствување. Понатаму, употребата на епидемиолошките податоци може да му помогнат да ги предвиди финансиските трошоци поврзани со здравствената заштита која може да го пренасочи фокусот на активности кон унапредување на здравјето во областите во кои може да се постигнат и резултати во јавното здравство со редукција на трошоците.

Несоодветната распределбата на финансиските средства меѓу различните сектори во здравството може да доведе до нивна неискористеност, па дури и да предизвикаат нивна контрапродуктивност во јавно здравствениот систем.

### **2.3. Систем на здравствено осигурување**

Најпрвин, сите издвоени средства за храна, обрзование, домашни трошоци, трошоци за здравствена заштита имаат значителен придонес во економијата. Во однос на ваквиот пристап, здравственото осигурување има значајна улога во финансиското планирање на поединецот и заедницата. Исто така, врз основа на здравственото осигурување тие имаат здравствена заштита, финансиска и социјална сигурност.

Системот на здравствено осигурување претставува механизам на финансиски придонеси во фонд со чија помош се собираат средства за покривање на трошоците на

здравствените услуги. Фондот е здравствена (посредничка) институција која обезбедува здравствени услуги и лекување за своите членови осигуреници. Фондот им исплаќа средства на давателите на здравствени услуги во име на осигурениците кои се корисници на услугите.

*Оттука, здравственото осигурување е значајна економска категорија врз основа на која се прибираат и планираат вкупните финансиски средства во здравствената заштита, се врши нивната распределба и (рационално) трошење и, кое, истовремено, има влијание врз агрегатната економија на една земја.*

На современиот пазар, здравственото осигурување како важен дел од социјалното осигурување се спроведува во форма на задолжително или доброволно осигурување, односно придонесите можат да бидат доброволни и задолжителни.

*Задолжителното здравствено осигурување е осигурување според задолжителен јавен модел и тој законски се спроведува. Плаќањето за вакво осигурување според сумата одговара на данок. Принципот на задолжителното здравствено осигурување се реализира преку обврската што може да ја имаат работодавците кои ќе плаќаат придонеси за вработените. Задолжителното здравствено осигурување обично го управуваат јавни тела<sup>15</sup>. Пред сè, задолжителното здравствено осигурување се обезбедува и регулира преку механизмите на државата вклучувајќи ја универзалната здравствена заштита<sup>16</sup> со широк спектар на услуги и јавно администрирање. Имено, со задолжителното осигурување се обезбедува основниот пакет здравствени услуги за целокупната популација, додека пак дополнителното здравствено осигурување е за оние кои можат доброволно, односно приватно да си дозволат да бидат осигурани врз основа на нивните потреби. Со задолжителното здравствено осигурување во сите земји со основната здравствена заштита се опфатени вработените, земјоделците, уметниците, пензионерите и други.*

Оттука научивме дека, здравственото осигурување е претплата на здравствени услуги врз основа на редовна уплата, независно дали е таа приватна или преку

---

<sup>15</sup> Normand and Weber 1994, OECD 1992 and Barr 1992;

<sup>16</sup> Секоја земја се стреми да изгради современ општествен систем на живеење во кој ќе се спроведуваат и почитуваат универзалните вредности во рамките на правото и правната држава, со почитување на човековите права и слободи;

работното место, со одбивање од приходите или плаќање даноци преку механизми на власта<sup>17</sup>.

### 2.3.1. Што се даноци?

Даноците се давачки воведени од државата кои можат да бидат даноци на доход (директни даноци) или даноци на производи и услуги (индиректни даноци). Средствата обезбедени со даноците се користат за различни цели. Пред сè, тие служат за издржување на државната администрација; за редистрибуција на средствата во општеството; контрола на јавната потрошувачка; контрола на обемот на увоз и извоз; контрола на дистрибуцијата на производи од посебна важност.

Даноците можат да бидат регресивни и прогресивни. Регресивни даноци се оние чие *оптоварување опаѓа со зголемување на приходите*, односно, луѓето кои помалку заработуваат плаќаат поголем дел од своите приходи во однос на богатите. Спротивно на регресивните се прогресивните даноци чие *оптоварување се зголемува со зголемување на приходите*, односно, луѓето кои имаат помали приходи плаќаат помала стапка на данок во однос на богатите. Прогресивниот данок служи за редистрибуција на богатството од богатите кон сиромашните, ако социјалната добивка која се издвојува од даноците повеќе им одговара на пониските социјални слоеви<sup>18</sup>.

Даноците имаат сè поголема важност и во здравствениот сектор; преку нив се обезбедуваат средства од популацијата за покривање на трошоците за сузбивање на болестите, за промоција на здравјето и за обезбедување примарна здравствена заштита. Средствата од даноците, исто така, се користат и за проекти за заштита на природата, а преку воведување специјални даноци се прават напори да се намали потрошувачката на производи потенцијално штетни за здравјето и за екологијата<sup>19</sup>.

### 2.3.2. Што се придонеси?

Придонесите се наплата на данок кој се собира за задолжителното здравствено осигурување, често како дел од системот на социјална заштита или наплата според

---

<sup>17</sup> Tulchinsky et al 2000.

<sup>18</sup> Pass et al 1988;

<sup>19</sup> Pass et al 1988, Cohen and Henderson, 1988;

слободниот модел, чијашто големина е определена од регулативите за кои се договориле вклучените страни. Плаќањето на придонеси овозможува право на користење на определени здравствени услуги за оние кои плаќаат и можеби за некои други, како што се блиски роднини. Обемот, содржината и големината на услугите можат да бидат определени од висината на придонесите, од должината на периодот на членство во овој модел или според некој друг критериум, ако е потребно<sup>20</sup>.

Придонесите за здравствено осигурување можат да бидат комбинирани со придонеси наменети за други социјални добивки и во тој случај здравственото осигурување се вклопува во една поширока програма наречена *социјално осигурување*. Здравствено осигурување, претставува и универзална форма со која пациентите се осигуруваат од ризик за заболување, нарушување на здравствената состојба или повреда. Одредени трошоци директно си ги плаќа пациентот, а потоа истите му се надоместуваат, додека, пак, други трошоци директно им се плаќаат на давателите на услуги од страна на Фондот (владата).

### **2.3.3. Одбитоци од плата**

Одбитоците од плата се вообичаен начин на собирање придонеси. Придонесите од плата зависат од формалниот труд. Доколку неформалниот сектор е релативно голем, како што е случај во многу земји со низок доход, социјалното осигурување може да биде непрактично за спроведување.

Посебно тешко, но не и невозможно, е да се обезбеди осигурување за земјоделскиот сектор. Бројни успешни планови за рурално здравствено осигурување се преземени во земјите со низок доход користејќи годишни рамни давачки.

Од гледна точка на работодавците, придонесите ги зголемуваат трошоците на трудот. Тоа е еден вид данок за вработување, постојат придонеси што се плаќаат од страна на работодавецот, затоа што придонесите ги охрабруваат работодавците да ги задржат трошоците на ниско ниво. Но, од друга страна, пак, постои актуелна дебата дали високите давачки од плата можат да ја зголемат невработеноста и негативно да влијаат на конкуретноста на индустријата или на нацијата во целост.

---

<sup>20</sup> OECD 1992 a, Normand and Weber, 1994.

Во многу земји со висок доход, бруто домашниот производ (GDP), односно делот од доходот на трудот опаѓа во споредба со корпоративниот доход од капиталот. Но, како што опаѓа доходот на трудот, така се очекува да се финансираат растечките трошоци на здравствена заштита. Дополнителни корпоративни придонеси се предложени за да го урамнотежат финансиското оптоварување.

## 2.4. Принципи на социјално осигурување

Социјалното осигурување е осигурување кое се обавува од страна на јавна институција или агенција. Обично, премијата добива форма на задолжителни придонеси што се одбиваат од платниот список како дел од заработувачките. Основните карактеристиките на системот на социјалното осигурување се:

- Задолжително членство;
- Одредување членство и избор на осигурител;
- Одбивање на придонесите од плата, со променливи или еднакви стапки;
- Задолжителни придонеси за сите или најголем дел од популацијата;
- Раководење од страна на јавни институции, независно дали станува збор за еден или повеќе фондови;
- Политика на редистрибуција;
- Јасно дефинирани наменски средства;
- Сложена администрација, со релативно високи трошоци и
- Може да мобилизира дополнителни ресурси за здравствениот сектор.

Како што видовте во претходните поглавја, редистрибуцијата се заснова на *еднаквост* и бара *трансфер на доходот* или богатството од богатите кон сиромашни. Главната разлика помеѓу социјалното и приватното осигурување е степенот на намера за редистрибуција. Социјалното осигурување има за цел четири начини на вкрстено субвенционирање:

- *Од здравите кон болните*: придонеси без оглед на индивидуалниот ризик;
- *Од младите кон старите*: помали придонеси од постарите;

- *Од богатите кон сиромашните:* придонесите се фиксен процент од заработувачките и
- *Од поединците кон семејствата:* еднакви придонеси без оглед на бројот на издржуваните лица.

Степенот на вкрстеното субвенционирање може да варира помеѓу плановите за социјално осигурување, а исто така постои и варирање во бројот на другите аспекти, како што се:

- Социјалното осигурување може да *покрие* дел од популацијата, како што е на пример случајот во Латинска Америка, или да го покрие целото население, како што е во Канада. Оние кои имаат високи плати можат да си дозволат и приватно осигурување, доколку нивниот доход е над дефинираниот доход, како на пример во Германија;
- Владите можат да ги *субвенционираат* фондовите за социјално осигурување за да се овозможи придонесите да бидат наменети и достапни за сиромашните;
- Системите на социјално осигурување можат да се состојат од *еден* или *повеќе фондови* за целото население;
- *Придонесите* се обично задолжителни одбитоци од плата, прогресивни со доходот, но доброволни, а исто така можни се и еднакви придонеси со рамни стапки;
- *Сопственоста на капацитетите за здравствена заштита* од страна на агенции за социјално осигурување е со специфични карактеристики, како што се агенциите во Латинска Америка коишто дејствуваат и како обезбедувачи на здравствени услуги и како купувачи на здравствена заштита;
- **Пакетот на услуги** може да варира помеѓу основната и целосната здравствена заштита и може да вклучи надоместок во готово и во натура.

## **2.5. Систем на социјална заштита**

Сосема логично е да констатираме дека системот на социјалното осигурување се поврзува со системот на социјална заштита, од едноставни причини дека осигурувањето треба да биде во функција на заштита на здравјето на популацијата и да ги покрие трошоците за лекување и терапии за одредени болести доколку тие се изложени или имаат ризик да заболат.

*Под систем на социјална заштита се подразбираат основните дејства во вид на финансиска и материјална помош за обезбедување елементарна заштита од апсолутна сиромаштија. Таа состојба е таква во која луѓето имаат недоволно средства за задоволување на основните потреби за живот, како што се соодветна храна, облека и живеалиште. Се утврдува една арбитарна, меѓународна граница на сиромаштија, којашто обично се изразува во долари по константни цени и се употребува како основа за определување на процентот на население коешто живее на или под минималното ниво за опстанок определено со оваа граница. Луѓето што живеат во апсолутна сиромаштија не можат да добијат долгорочна корист од здравствените служби сè додека не излезат од сиромаштијата. Затоа, системот на социјална заштита е важен механизам за помош на оние структури кои немаат никаква корист од економскиот развој. За лицата кои се хронично неспособни за работа поради инвалидитет или поради возраста, како и за лицата погодени од моменталната економска рецесија или од болест, средства најчесто се обезбедуваат од централната или од локалната власт. Во некои земји, каде сиромаштијата е широко распространета, потребни се стратегии на централно ниво. Во некои земји локалните заедници формираат мали неформални здруженија за елементарна социјална заштита, кои функционираат независно од државата, а со кои се обезбедува помош за семејства и членовите на заедницата на кои таква помош им е неопходна.*

Помошта се дели на најзагрозените, оние што живеат на работ на апсолутната сиромаштија и кои немаат друг начин за обезбедување минимални средства за живот. Тие ја претставуваат суштината на системот за грижа на една земја.

Во основа, под социјалната заштита се подразбира обезбедување од низа ризици, како што е неспособност за работа како резултат на болест или инвалидитет, невработеност, старост, издржување на семејство. Системите за социјална безбедност се развиени од државата и користат средства добиени од даноци и придонеси за обезбедување одредена финансиска и материјална помош за одредени слоеви кои треба да исполнуваат дефинирани критериуми<sup>21</sup>. На овој начин се придонесува да се намали сиромаштијата и да се спречи појавата на заразни и други болести, особено за зајакнување и заштита на сопствениот капацитет. Преку системот на социјална заштита на одредена популацијата или група луѓе им се обезбедуваат социјални услуги

---

<sup>21</sup> Pass at al 1988, Barr, 1992.



и социјална помош кога не се во состојба самите да ја обезбедат својата социјална сигурност. Социјалната заштита и социјалната сигурност се од јавен интерес.

## **2.6. Пакет на здравствени услуги**

Како што споменавме претходно, системот на социјалното здравствено осигурување овозможува користење на *пакет на услуги* којшто вклучува збир од јавно-здравствени и клинички услуги кои им се наменети на луѓето со исполнувањето на одредени критериуми. Критериумите обично законски се дефинираат со или без дискреција за оние кои работат во системот да одлучуваат кој ќе биде вклучен или исклучен од овој пакет. Овие критериуми можат да вклучуваат барања да се направи финансиско учество во шемата за определен период и тоа:

- Да се живее во одредена општина;
- Да се има определена возраст;
- Да се нема други средства за издржување и друго.

Основниот пакет на здравствени добра и услуги произлегува од проценката на потребите кои треба да им служат на куповните цели поставени од купувачот и државата. Во здравственото осигурување и во социјалната заштита, пакетот на услуги им следува на осигурените луѓе, кои се дефинирани според критериумите определени во моделот. Основниот пакет на услуги вклучува најголем дел од здравствените потреби, но во практиката не е возможно тој сè да вклучува, што значи дека тој не ги покрива сите здравствени услуги. Пакетот ги опфаќа следниве јавно здравствени услуги:

- Превентивната здравствена заштита,
- Медицински и дијагностички услуги и
- Болничко и домашно лекување, евентуално пропишани лекови и др.

## **2.7. Финансиско изедначување**

Што се однесува до финансиското изедначување, збирот на сите приходи мора да биде еднаков со сите трошоци кои што треба да бидат еднакви со доходот плус профитот од оние што работат во рамките на системот. Следново равенство е

измислено од Еванс во 1998, кој претпоставува дека нема дефицит и ги илустрира следниве елементи. Тоа поставува дека приходите, односот, износот на даноците **TF**, задолжителни или придонеси за социјално осигурување **SI**, плаќање надвор од пакетот на услуги и трошоците на корисникот **UC**, доброволни или приватни премии на осигурување **PI** - се еднакви на трошоците - резултат на цената **P** помножена со количината на добрата и услугите **Q**. Ова, за возврат, мора да биде еднакво со доходот на оние кои ја обезбедуваат здравствената заштита-количина и комбинација од инпути **W** помножено со цената на тие инпути **Z**:

$$TF + SI + UC + PI = P \times Q = W \times Z$$

Неколку системи во Европа се единични извори на финансирање. Најмногу од нив се засноваат на комбинација од даноци, придонеси за социјално осигурување, плаќање надвор од пакетот на услуги и премии за приватно осигурување. Надворешните извори, како што се донациите од невладини организации, трансфери на донаторски агенции и заеми од меѓународни банки, исто така имаат значаен придонес посебно во земјите со низок и среден доход<sup>22</sup>.

#### **Плаќање надвор од пакетот на услуги (out-of-pocket payment)**

Во повеќе земји од пациентите се бара да учествуваат во трошоците на здравствена заштита. Рационалната позадина на трошоците на корисниците е двојна: **да се намали непотребното и прекумерното искористување на ресурсите** и **да се зголемат дополнителните приходи**. Првото се потпира на еластичност на здравствената заштита во однос на цените (со зголемување на цените на услугите луѓето ќе престанат да ги користат истите). Второто се потпира на нееластичност на здравствената заштита во однос на цените (и покрај зголемување на цените луѓето ќе продолжат да ги користат услугите). Што се однесува до моралниот хазард на обезбедувачот (прекумерна понуда на услуги на здравствена заштита), трошоците на корисниците на услуги имаат тенденција да резултираат кон повисок интензитет на искористеност на услугите за секој третиран пациент. Понатаму, трошоците на корисникот на услуги имаат тенденција да ја одвратат употребата на непотребните и потребните услуги.

<sup>22</sup> Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin, Funding health care: options for Europe, Open University Press, Buckingham- Philadelphia, WHO, 2002.

Некои плаќања надвор од пакетот покриваат дел од трошоците на услуги што инаку се покриени од страна на јавни или приватни. Некои од нив се однесуваат за услуги кои целосно ги вклучува јавното и приватното осигурување. Другите плаќања се однесуваат на услуги кои теоретски се покриени, но чиј пристап е отежнат со оглед на долгот време на чекање или недоволна дистрибуција на капацитети. Во овие услови пациентот може да одбере директно да ги купи услугите во приватниот сектор. На крајот, во некои земји, од пациентите се бара да направат дополнителни плаќања во јавниот сектор за услуги кои би требало целосно да бидат покриени и тие се нарекуваат неформални плаќања, плаќања во плик или плаќања под маса<sup>23</sup>.

Плаќањата надвор од пакетот ги вклучуваат сите трошоци платени директно од страна на корисникот, вклучувајќи го:

- Директното плаќање;
- Формалната поделба на трошоците и
- Неформалното плаќање.

Директното плаќање се однесува за услуги кои не се покриени со ниту една форма на осигурување (приватни купувачи за непокриени услуги). Другите плаќања, пак, се однесуваат за услуги вклучени во пакетот на услуги, но не се целосно покриени (формална поделба на трошоците) или за услуги коишто целосно се финансирани од собраните приходи, но за кои е потребно и дополнително плаќање (неформално плаќање)<sup>24</sup>.

### **Директно плаќање**

Корисниците плаќаат целосен трошок на услугите на здравствена заштита кои не се покриени од јавниот систем на осигурување или чиј пристап е ограничен како резултат на недостиг на понуда од таа услуга или долгот време за чекање. Овие плаќања нејчесто се прават во приватниот сектор, како на пример на стоматолозите, на фармацевтите за издавање на лекови без рецепт, на лекарите за приватни закажувања или на болниците за приватни лекувања и на лабораториите или клиниките за тестови.

---

<sup>23</sup> Policy brief N°4, Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health care system, 2002.

<sup>24</sup> Funding health care: options for Europe, Edited by Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin, Open University Press, Buckingham- Philadelphia, WHO, 2002;

Во некои земји приватните трошоци на здравствена заштита се ослободени од данок, а тоа доведува до стимулирање на корисниците во барање на приватна здравствена заштита<sup>25</sup>.

### Формално плаќање

Нивото на трошоците/цената на корисникот за услугите значајно се разликува помеѓу земјите. Трошоците за услугата можат да бидат наметнати како **рамно плаќање** за секоја услуга (ко-плаќање), како **процентот на вкупните трошоци** на услуга (ко-осигурување) или како **фиксен износ** кој е задолжителен за пациентот откако осигурителот ќе ги покрие остатокот од трошоците. Годишното ограничување кое се однесува надвор од пакетот на услуги може да се дефинира во зависност од тоа кој пациент е обврзан за сите трошоци или за дел од трошоците откако осигуреникот ќе покрие некои од нив во таа година. Со цел да се осигури еднаков пристап до потребната медицинска заштита се користат некои **ослободувања**. Ослободувањата од трошоците на корисникот можат да бидат врз основа на **имотната состојба** (поврзани со доходот), можат да се базираат на одредени **категории на болест** (дијабетес или други хронични заболувања), за одредени **производи** (на пример контрацептивни средства) или за **подгрупи на популацијата** (на пример пензионери или невработени лица). Трошоците на корисникот, исто така, можат да бидат поставени како варијабилни стапки за различни услуги со цел пациентите да „избегнат“ поисплатливи услуги, на пример користење на докторите од примарната здравствена заштита (чувар на порта) или на општите лекови<sup>26</sup>.

### Неформално плаќање

Во некои земји плаќањата надвор од пакетот се прават надвор од јавниот сектор и покрај тоа што тие не се официјално одобрени. Овие вклучуваат избор од подароци за благодарност на персоналот за здравствена заштита (за пациентите со хронични заболувања ова, исто така, може да биде како плаќање во натура), до плаќања во плик дадени на лекарите пред третманот за да се обезбеди услугата. Најголем дел од истражувањата се фокусирани на неформалните плаќања во земјите од Централна и Источна Европа и бившиот Советски Сојуз, кои што имаат високи здравствени

---

<sup>25</sup> Funding health care: options for Europe, Edited by Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin, Open University Press, Buckingham- Philadelphia, WHO, 2002

<sup>26</sup> Policy brief N°4, Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health care system, 2002.

трошоци, а изворите на приходи се во пад. Овие плаќања постојат поради следниве причини:

- **Недостиг на финансиски ресурси во јавниот систем.** Без плаќање пациентот не може да се здобие со основните набавки како што се лекови или завој потребни за третманот. Персоналот се потпира на плаќања како дополнување на нивните мали и недоволни јавни плати за егзистенција.
- **Недостиг на приватни услуги.** Доколку приватниот сектор не е целосно развиен побогатите пациенти имаат помалку опции за да ги добијат услугите. Во Западна Европа лекарите можат законски да работат и во јавните и приватните здравствени установи, насочувајќи ги пациентите во нивната приватна практика. Третирањето на пациенти за приватно плаќање во јавниот сектор може да се појави кога приватната практика не постои.
- **Желбата да се употреби моќта на корисникот над обезбедувачот.** Доколку третата страна не е вклучена во трансакцијата, тогаш ова го прави обезбедувачот одговорен кон пациентот. Ова, се чини, е битен фактор во нивото на неформално плаќање во Јужна Европа и може да се објасни со недостиг на побарувачка за приватно здравствено осигурување.
- **Културен развој и традиција.** Земјите од Јужна, Централна и Источна Европа и бившиот Советски Сојуз имаат долга традиција на неформални плаќања кои опстојуваат, и покрај обидите истите да се спречат.

Информациите за обемот на неформалните плаќања се ограничени бидејќи тие се прикриени, а во некои земји и илегални. Замената на неформалните плаќања во формални плаќања, со цел поделба на трошоците, бара согласност од обезбедувачите кои можат да загубат значаен доход (особено кога доходот се пријавува за оданчување) и јавна поддршка. Ова не е лесна и едноставна задача. За да се направи ваквата замена во практика во земјите со низок доход зависи од способноста на државата да ја регулира работата на обезбедувачите на услуги и нивната волја да ги постават приоритетите или да ја ограничат понудата на услуги. Способноста да се постигне поголема ефикасност и квалитет, а при тоа да не се загрози еднаквоста, ќе зависи од неколку политички мерки. Тие ги опфаќаат вештините и капацитетот на персоналот, развојот на соодветни стимулации и ослободувања во системот и соодветен информациски систем за поддршка на пресметката и ревизијата на овие плаќања.

Во најлош случај, тие можат да бидат форма на корупција, ослабен официјален платежен систем и намален пристап до здравствени услуги. Искуството на земјите со низок и среден доход кои се надвор од Европа наведува дека за да се формализира плаќањето и да се создаде систем на претплата (осигурување) е крајно тешко и бара државен капацитет и препознавање на надворешни ограничувања<sup>27</sup>.

### **Странска помош, заеми, донации и грантови**

Странската помош е меѓународен трансфер на јавни фодови во форма на заеми и донации, било директно од една влада на друга (билатерална помош) или индиректно преку меѓународни или мултилатерални агенции, како што се Светската банка, Програмите на Европската заедница PHARE и TACIS и Програмата за развој на Обединетите нации. Некои организации за странска помош како Меѓународниот монетарен фонд, Светската банка и Европската банка за обнова и развој се специјализирани за финансиска помош, додека дуги, како Светската здравствена организација, обезбедуваат техничка помош и не располагаат со буџет за обезбедување дополнителна финансиска помош<sup>28</sup>.

Грантовите претставуваат фонд на средства даден за специфична намена или доделен на одредена личност или институција кој може да биде неповратен. Донацијата обично вклучува одредена обврска за корисникот, во најмала мера прецизна евиденција за потрошените средства и презентирање на резултатите од активностите или услугите за кои стипендијата е доделена. Добивањето на стипендијата може да биде поврзана со исполнување на одредени услови. Условите може да содржат барање за обезбедување на дополнително локално финансирање, доставување на извештаи или обезбедување специфични услуги за одредена намена. Условите можат да го дефинираат временскиот период за користење на стипендијата или локалитетот за кој е наменета. Донациите треба да се разликуваат од заемите кои се средства дадени за одреден временски период и кои треба да се вратат под одредени услови<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Policy brief N°4, Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health care system, 2002;

<sup>28</sup> Cassen R et al 1994, OECD 1992b, Bourgade, Rainhorn and Roberts, 1993;

<sup>29</sup> Bourgade, Rainhorn and Roberts 1993, Todaro, 1992.

## **2.8. Модели на финансирање на здравствена заштита**

**Системот на финансирање на здравствена заштита** подразбира збир од правила, норми, критериуми, механизми, инструменти и методи со чија помош функционира процесот на собирање на средства преку здравственото осигурување или од други извори на средства за здравствена заштита. Се разбира, ова ја наметнува потребата од ефикасно користење на средствата за постигнување на целите и задоволување на потребите на поединецот и заедницата. Секако дека предизвикот е голем во донесувањето на одлуки, особено кога средствата се ограничени и нивната правилна распределба ќе биде од огромно значење за постигнувањето на рамнотежа меѓу желбите и можностите. Системите се конституираат под влијание на политичките услови во земјите кои се обидуваат да обезбедат универзален и еднаков пристап до здравствени услуги, како и постигнување на задоволителна здравствена состојба на населението.

**Политиката на финансирање на здравствена заштита** подразбира збир на дефинирани цели, мерки, инструменти и стратегии со кои се утврдува обемот, структурата и намената на финансиските средства. Политиката на финансирање ги содржи и сите други мерки и инструменти кои се однесуваат на регулирање на понудата и побарувачката на здравствени услуги.

Огромен е и предизвикот на менаџментот во јавно здравствениот систем кој треба да се соочи со решавање на микро и макроекономските проблеми во системот на здравствената заштита.

Врз основа на начинот на организирање и регулирање на системот на финансирање на здравствена заштита се разликуваат три основни модели на финансирање кои се развиле во развиените индустриските земји и тоа:

**I . Моделот на Бизмарк.** Тој претставува систем на национална, социјална и здравствена заштита воведена во XIX век во Австроунгарската империја под тогашниот канцелар Бизмарк. Во 1883 година, Ото Фон Бизмарк донесува законска регулатива и го воведува задолжителното здравствено осигурување со намера да ја

подобри здравствената состојба на работниците, од причини што им биле потребни здрави работници и регрути, со цел стекнување на политичка предност. Германските закони воспоставија **децентрализирана програма** со која беа опфатени работниците во рударството, транспортот, грдежништвото, мануелното производство и фабриките кои користеа машини на електрична енергија. Овој модел вовел востановување на Фондови за болест за управување на задолжителните финансиски прилози коишто луѓето ги плаќале за да се стекнат со право на здравствени услуги и да добијат право на социјална заштита според тој образец. За оние кои не работеле, во име на осигурените лица, Владата плаќала **придонеси** за да им гарантира и ним право на користење на ваква заштита. Овој модел се сметал за принципиелно средство за избегнување на ударот на невработеноста, сиромаштијата и болестите што го погодувале поголемиот дел од популацијата и претходниот капиталистички ситем. Тој се сметал како политички одговор на, во тоа време, растечкиот интерес за работата на Карл Маркс и неговите следбеници, коишто угнетувањето на луѓето од страна на тешката индустрија го гледале како неодминлива последица од капиталистичкиот систем. Под Бизмарк, државата интервенирала со мерки за социјална заштита и заштита од болест, со цел да се избегне политичката катастрофа предвидена од марксистичката анализа.

Оттука, моделот на Ото Фон Бизмарк опфаќа **здравственото осигурување** засновано на принципот на социјално осигурување, со редовно одбивање од **приходите на работниците** и плаќање на придонеси од страна на **работодавците**, за покривање на трошоците за здравствена заштита, невработеност и пензии за работниците. Карактеристика на задолжителното здравствено осигурување е финансирањето од работодавците 50% и работниците 50%. Премиите што вработениот ги плаќа на здравствениот фонд се одредуваат врз основа на неговите приходи.

Бизмарковиот модел на социјално и здравствено осигурување е причина за формирање на слични здравствени фондови кои се многу вообичаени во многу земји во светот<sup>30</sup>.

Германија има создадено посебен систем на здравствени фондови во сопственост на здруженија на работодавци кои може да поседуваат и сопствени здравствени установи за амбулантно и болничко лекување. Придонесите кои се собираат во овие фондови се независни од државата, но се подложени на државна

---

<sup>30</sup> Manjoni d'Intignano 1993, Basch P F 1990, WHO 1993 a, OECD, 1992a.



контрола и надзор. Главна карактеристика на Бизмарковиот модел е тоа што претставува мешавина од приватни и јавни обезбедувачи на услуги и овозможува пофлексибилни трошоци за здравствена заштита. Воспоставените здравствени стандарди од страна на германскиот систем важат за едни од најдобрите.

Здравствениот фонд има право да ги одреди придонесите на работодавецот и работникот, врз основа на предвидените трошоци за здравствена заштита. Стапката на придонес што ја одредува секој фондот изнесува од 11% до 13% од приходите. Преку националното здравствено осигурување се регулираат условите за осигурувањето, тарифите за секоја услуга и формулирање на јавно здравствени стратегии. Тарифите за секоја здравствена услуга се договараат меѓу здравствениот фонд и асоцијацијата на здравствените работници.

Според германскиот систем, владата учествува со 21%, додека работодавецот и работникот учествуваат со 60%, директна партиципација 11% и приватно осигурување 7%.

Солидарноста на германскиот модел е во тоа што тие што заработуваат повеќе плаќаат за тие што заработуваат помалку. Односно, секој член од едно вработено семејство поединечно плаќа придонеси во фондовите за здравствено осигурување. Сиромашните и невработените мораат да ги користат услугите на АОК фондот, кој е обврзан да прими секого и има специјални бенефиции.

Пациентите си го избираат општиот лекар, но мораат да се приклучат на оној здравствен фонд за кој се одлучил работодавецот, односно, членството е задолжително. Одредени карактеристики на Германскиот административен модел е дека владата ги регулира и контролира здравствените фондови кои исплаќаат финансиски средства за приватни услуги.

Одредени карактеристики на социјалното здравствено осигурување се:

- Финансирањето е на основа на придонеси преку задолжително здравствено осигурување;
- Придонеси од вработените и придонеси од бруто приходите на работодавците;
- Јавна и непрофитабилна служба;
- Јавна и интерна контрола и
- Методите на плаќања се различни за лекарите и здравствените установи.

Овој модел наоѓа примена во Германија, Франција, Холандија, Белгија, Луксембург, Израел, Австрија и Швајцарија, но секоја со карактеристични обележја на социјално осигурување со елементи на национална служба. Овие форми се нарекуваат „осигурување од болест“ врз основа на принципот на работничка солидарност, каде припаѓаат и старосната пензија, инвалидска пензија и инвалиднина. Финансирањето, главно, е насочено кон лекување на болестите, а само во исклучителни случаи кон превенција на болести или унапредување на здравјето.

**II . Моделот на Бевериџ. Тој претставува систем на социјална и здравствена заштита и услуги кој произлегува од извештајот - Бевериџ во Англија и Велс,** првпат издаден во 1943. Овој извештај препорачуваше осигурување за сите луѓе преку **централно оданочување** и други задолжителни финансиски уплати, систем на универзални бенефиции за да се поддржат луѓето кога се невработени, болни и после некое онеспособување или пензионирање. Ова е модел во кој доминира буџетското финансирање на здравствена заштита. Моделот се заснова на **финансирање врз основа на даноци** со цел да обезбеди целосна превентива и лекувања на секој граѓанин. Тој обезбедуваше заштита од сиромаштија и гарантираше здравствени услуги и основен личен доход за време на боледување. Извештајот на Бевериџ Комитетот го воведо овој принцип во британската политика на социјална и здравствена заштита. Тој се однесуваше на пет основни дини: желба, болест, незнаење, беда и невработеност. Целта беше дека човекот треба да работи и да плаќа кога може, а кога нема да биде во можност да работи поради болест, повреда, немање работа, старост или смрт, државата ќе го осигурува него и зависните од него. Системот што беше востановен со Акт на Националната здравствена служба од 1946 година, потекнуваше од извештајот Бевериџ и имаше цел да осигури подобрување на здравјето на луѓето со бесплатно осигурување, подобрување на превенцијата, дијагностицирањето и лекувањето на болестите. Во 1946 година, на предлог на Лабуристичката влада на Клемент Атли, усвоен е закон за Национален здравствен сервис, со период на спроведување до 1948 година. **Националниот здравствен сервис е даночно-финансирана национална програма** за бесплатни здравствени услуги за сите граѓани, односно, со собраните средства се финансираат болничкото и амбулатно лекување и јавно здравствената заштита која се обезбедува преку јавни институции. Овој систем вклучува голем број примарни медицински, дентални, оптички и

фармацевтски услуги. Понатаму, ги опфаќа локалните медицински служби, болничките установи и дава услуги за заштита на физичко и ментално здравје како и ментална хендикепираност.

Во основа, политиката се карактеризира во преземање конкретни мерки за осигурување на невработените и инвалидите, специјални бенифиции за слепи, сиромашни и постари лица, грижа за мајките и децата финансирани преку владини приходи од даноци и други извори на средства.

Оттука, моделот на Бевериџ е **државен систем со универзалена сеопфатност и бесплатна здравствена заштита**. Здравствените услуги за целото население се обезбедуваат од страна општи лекари и лекари од забоздравствената заштита, од специјалисти, болници и јавно здравствени служби. Лекарите имаат статут на државни службеници.

Системот на Бевериџ, врз основа на континуираната еволуција, од 1948 година од неговото формирање, претрпе повеќекратни реформи кои придонесоа да се развие во уникатен и значаен модел.

Една од позначајните политички и административни промени на Националниот здравствен сервис се случија во 1982 година, кога се укина работата и активностите на интегрираната подрачна здравствена власт (Area Health Authorities, АНА), која имаше раководна улога над јавно здравствените установи и болниците и нејзините функции и одговорности се префрлија на Регионалните здравствени власти.

Со реформите од 1990 година, се овозможи да бидат задоволени економските и здравствени потреби на населението и се продолжи со натамошна рационализација и фокус на менаџментот со цел за ефикасно раководење на деловните интереси на Националниот здравствена сервис. Од особено значење е да споменеме дека преку Законот за здравствена поддршка во заедницата беа рedefенирани три статутарни органи: Регионални здравствени власти, Областни здравствени власти и Агенции за семејната здравствена заштита.

Главните функции на **регионалните здравствени власти** е нивната административна одговорност за одредување на бројот на здравствени услуги како и одговорноста во преземање на активности во подобрување на здравјето на популацијата во регионот. Со регионалните здравствени власти раководат управни

одбори кои ја снесат целосна одговорност пред повисоките владни институции. Административните функции на регионалните здравствени власти се следење и проценка на здравствените потреби на популацијата, изработка на стратешки планови и насоки за развој на службата, развој на специфични програми, помош на установите со проблеми во раководните функции, распределба на средства и воведување на исплатливи услуги. Оперативниот буџет се префрла на регионалните здравствени власти кои ги покриваат трошоците за болничкото лекување, примарната здравствена заштита и здравствените услуги во рамките на заедницата. На ниво на регионални здравствени власти се изработуваат долгорочни планови за капиталните трошоци со цел обнова и модернизација на објектите и услугите.

Главната функција на **областните здравствени власти** е склучување договори со болниците за поединечните здравствени услуги врз основа на потребите на населението. Тие се главни купувачи на здравствените услуги на болниците. Областните здравствени власти се под надзор на Управни одбори кои се одговорни за нивното работење. Болниците својот приход го остваруваат преку обезбедување здравствени услуги за пациентите кои плаќаат врз основа на системот на ДСГ. На тој начин се подобрува функционалноста на болниците и се отвора можноста да ги зголемаат основните средсва, да го подобруваат калитетот на услугите и да ги подобруваат условите за работа на персоналот.

Главната функција на **Агенциите за семејна здравствена заштита** е одговорноста во склучување на договори со општите лекари, стоматолози, фармацевтите и оптичките техничари. Општите лекари и забоздравствената заштита се платени по принципот на капитација за секој регистриран пациент, додека сумата за секој пациент е приспособена според возраста, полот, морбидитетот и регионалните стандардизирани стапки на морталитет. Исто така, капитацијата се однесува за одреден временски период и точно определени услуги. Пациентите избираат свој општ (матичен лекар), но, исто така секој, пациент има право да го смени матичниот лекар доколку не е задоволен од услугата или од условите во установата. Агенциите за семејна здравствена заштита имаат проширени активности кои се однесуваат на изработка на локални стратегии и програми, како и контрола на работењето на установите, контрола на исплатата на работниците и контрола на склучените договори. Исто така, Агенциите се под управа на одбори или совети во рамките на локалната власт.

Регионалните здравствени власти, Агенциите за семејно здравје и локалните здравствени власти ги координираат активностите за унапредување на здравјето и придонесуваат за ефикасно користење на ресурсите и квалитетна заштита. Моделот на Бевериџ е развиен систем заснован на примерна, секундарна и терцијарна заштита со релативна економичност. Исто така, овој систем располага со добро развиена медицинска ревизија и индикатори во работењето. Англија забележува значителен прогрес во процесот на распределбата на ресурсите, административното работење, систематизација на досиејата, подобрени стандарди и создавање услови за научно-истражувачка работа, подобрување на образованието, планирање и обука.

Британското национално здравство е позитивен пример и стана основен модел за многу други земји. Одредени карактеристики на финансискиот и административниот модел на националниот здравствен систем во Англија се:

- Финансирањето се осварува преку даноци;
- Централно административно планирање;
- Интегрирани регионални и областни здравствени системи;
- Општа практика и јавно здравство;
- Јавно давање на здравствени услуги;
- јавна контрола;
- Децентрализирано болничко лекување и
- Методите на плаќање се преку плата, буџет, капитациско финансирање.

Последните реформи се насочени принципиелно кон подобрување на ефикасноста и ефективноста на услугите, тие не се насочени кон менување на изворите на нивно финансирање, ниту кон обемот и содржината на услугите.

**III. Модел на приватно осигурување,** во кој финансирањето на здравствената заштита, претежно се финансира од фондовите на доброволното здравствено осигурање, односно **пазарен модел** на плаќање. Овој модел се карактеризира со систем на приватно финансирање преку приватни осигурителни компании и најголем дел од обезбедувачите на здравствени услуги се од приватниот сектор. Основна карактеристика на овој модел е тоа што потрошувачите на здравствени услуги и лекарите директно се сретнуваат и ги уредуваат своите односи на принципите на слободна спогодба без посредник. Во овој модел е доминантна приватната лекарска пракса и директното плаќање на трошоците за здравствена заштита. Посебен исклучок

од системот на приватното финансирање се програмите на социјалната заштита, Medicare и Medicaid.

Државата се грижи за најважните проблеми на здравствената заштита (снабдување со здрава вода за пиење).

Во споредба со европските земји, САД задоцнија со обезбедување социјално осигурување, а особено со обезбедувањето државно здравствено осигурување. Кон крајот на XIX и почетокот на XX век, американското искуство беше слично на европското во смисла на тоа дека најчести беа волонтерските групи.

Појавата на законодавство за социјално осигурување во САД се случи на средината од Депресијата, односно, за време на триесеттите години, преку Програмата за социјална заштита која започна во 1935 година. Со програмата се гарантира поголема социјална заштита за милиони лица со траен инвалидитет или повреда при работа, постари лица, сиромашни, со тоа ублажувајќи дел од лошите ефекти на депресијата.

Рузвелтовата администрација во доцните триесетти години од минатиот век ги анализираше потребите од национална програма за здравствена заштита преку работата на Техничката комисија за медицинска нега. Комисијата препорача поддршка за програми финансирани од државата наместо единствена национална програма за здравствено осигурување. Опозицијата – делумно и од Американската медицинска асоцијација – го убеди претседателот Френклин Рузвелт да се повлече од таквата замисла. Поборниците за задолжително здравствено осигурување не постигнаа успех во 40-тите и 50-тите години од XX век. Претседателот Труман побара одржување на уште една национална конференција за здравство. Труман предложи „единствен систем за здравствено осигурување што би ги вклучил сите слоежи на општеството, дури и оние кои не се опфатени со социјална заштита“ (Стар, стр. 282). За време на јавната дебата за овие прашања, задолжителното здравствено осигурување често беше нарекувано *социјализирана медицина* – термин што во голема мера ја ослабна поддршката поради политичката клима која владееше во раните години на Студената војна. И покрај тоа што Труман ги доби изборите во 1948 година, неговиот успех никогаш не беше преточен во програма за здравствено осигурување.

### *Глава трета*

## **3. АНАЛИЗА НА ЕКОНОМСКИТЕ ПРОБЛЕМИ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА**

### **3.1. Ресурси во здравствената економија**

Под здравствени ресурси се подразбираат средствата кои се расположливи на јавно здравствениот систем, за да може истиот да функционира, како што се човечките ресурси, опремата, финансиите, технологијата, здравствени установи, санитација, системи за вода, греење и друго<sup>31</sup>.

Од овој аспект, ресурсите на здравствената заштита вклучуваат **човечки ресурси** (лекари, специјалисти, лабораториски асистенти, медицински сестри и друго, како и нивните квалификации, способности, вештини и умеења), **капитални ресурси** (болници, клиники, домови за стари лица, здравствени домови, амбуланти, како и здравствената технологија и опрема која се користи за дијагностицирање и терапија), **медицински материјали** (лекарства, шприцови, завои, чаршави, медицински ракавици и друго). Овие ресурси се **дефицитарни** во даден временски период и затоа неизбежна е нивна **замена**, односно trade-off. Затоа, секое општество мора да прави бројни основни **избори**.

Претходно споменавме дека сите ресурси со кои располага една земја се релативно ретки и ограничени, а желбите на луѓето се практично неограничени, што би значело дека и потребите на луѓето за здравствена заштита се **неограничени**, а здравствените ресурси се **ограничени**.

Доколку прифатиме дека здравјето е основно добро, тогаш можеме да ја анализираме побарувачката за подобрување на здравјето на многу сличен начин како и анализата на побарувачка на другите добра и услуги. Клучната разлика е дека **здравјето не е предмет на трговија** и не е возможно да се анализира во контекст на пазарот, односно подобрувањата во здравјето не можат да бидат директно купени. Затоа фокусот ќе биде насочен кон производството на здравје. Тоа претставува клучно средство со чија помош индивидуите ја изразуваат побарувачката за истото, којашто

---

<sup>31</sup> WHO 1993d, Bash, 1990.

вклучува купување на добра како што е здравствената заштита, а со тоа и индиректно купување на здравствени подобрувања.

Оттука, здравствената заштита претставува **изведена побарувачка** од побарувачката за здравје. Вакви анализи можат да бидат употребени за сите добра и услуги, но тие се од особено значење во здравството и здравствената заштита бидејќи потрошувачката на здравствена заштита обично не е пожелна, но, едноставно, се презема за да го подобри здравјето.

### **3.2. Здравствената заштита како економско добро**

Економско добро е секое добро или услуга коешто релативно му недостасува на нашите желби. Тргувајќи од оваа дефиниција, здравствената заштита претставува **економско добро**, но во одредена смисла на зборот. Ресурсите што се употребуваат за производство на здравствени услуги, како што се човечките ресурси, капиталот и суровините се ограничени. Поголем дел од овие ресурси можат да бидат ангажирани за производство и консумирање на здравствена заштита само доколку истите не се искористат за некоја друга употреба. Нашите желби за здравствена заштита, односно, она што ние би го одбрале за консумирање, во отсуство на ограничување на нашата способност за плаќање на истата како нација или потрошувач, не познаваат граници. Во ниту една земја на светот не постои систем на здравствена заштита којшто може да излезе во пресрет на сите желби на неговите корисници за здравствена заштита.

### **3.3. Економски и здравствени проблеми**

Способноста на економистот да ги примени маргиналната анализа и анализата на понудата и побарувачката во услови на дефицитарност, како и критериумите за оценување на економските перформанси се полезни и потребни без разлика на кое ниво е организирана и обезбедена здравствената заштита во една земја. Доколку ние го прифатиме фактот дека здравствената заштита е економско добро, тогаш треба да се направи избор врз основа на кој треба да се донесе одлука за:

- 1. Колку ресурси треба да се алоцираат за производство на здравствени услуги и каква треба да биде нивната структура?**



2. Кои методи се најдобри за производство на здравствени услуги?

3. Како ќе бидат дистрибуирани, односно распределени здравствените услуги помеѓу популацијата?

Овие прашања, всушност, се и неизбежни основни економски проблеми во секој јавно здравствен систем, коишто се јавуваат независно од неговиот степен на развој, секогаш имајќи ги предвид реткоста и ограниченоста на здравствените ресурси.

**Првите одлуки за здравствени услуги** се однесуваат на определување на производството на услуги: колку ресурси треба да се алоцираат за оваа намена и каква треба да биде структурата на здравствените услуги? Во јавно здравствениот систем, којшто зависи од ценовниот систем на распределба на ресурсите, одлуките на корисниците на здравствени услуги како потрошувачи и лекарите го определуваат квалитетот и квантитетот на здравствени услуги. Теоретски, корисникот ги избира оние услуги, коишто при даден доход и цени на различни услуги го максимизираат неговото задоволство. Се претпоставува дека корисниците на услуги донесуваат вакви рационални одлуки (тие ги земаат предвид трошоците и користа од изборот) и дека тие имаат информација како за користа што можат да ја добијат од различните здравствени услуги, така и за цената на услугите.

За да се разгледа процесот на алокација кај корисниците на услуги кога избираат помеѓу различни добра и услугите, а, исто така, и за да можат да се предвидат измените во потрошувачката и распределбата, потребно е да се разбере **маргиналната анализа**, којашто ја претставува основата на техниката на оптимизација<sup>32</sup>. Во претходното поглавје кажавме дека, здравствените економисти не се многу заинтересирани за тоа дали да се обезбеди една услуга или не, туку дали да се намали или зголеми нивото на услугата.

Имено, купувањето на здравствени услуги на корисниците, односно пациентите, им обезбедува корист. Дополнителните купувања на услуги на корисниците им обезбедуваат дополнителна корист, но оваа дополнителна корист се намалува со купување на повеќе единици од здравствената услуга. Оттука, **маргиналната корист** ја претставува промената во вкупната корист, која настанува како резултат на

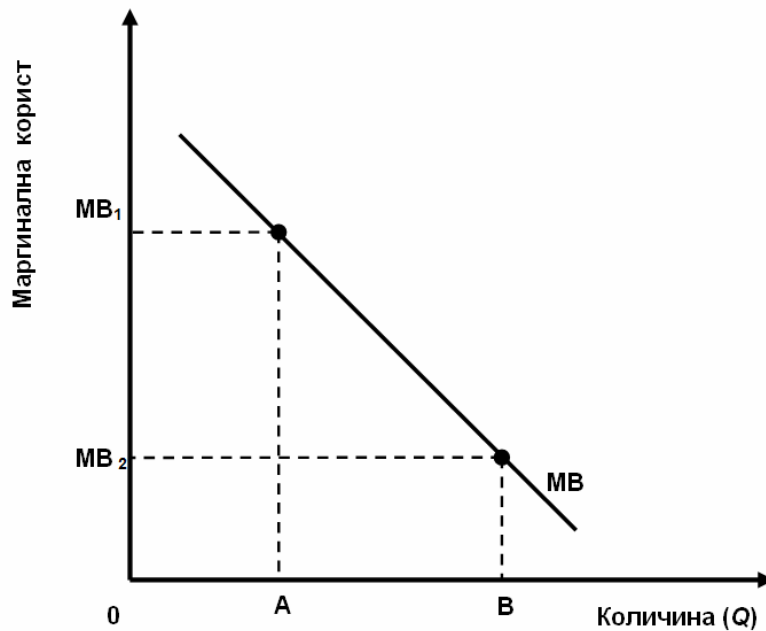
---

<sup>32</sup> Маргиналната анализа е еден од најважните концепти во економијата.

купување дополнителна единица. Користа добиена од употребата на првата единица од услугата е висока; следните единици од таа услуга обезбедуваат помала корист.

И покрај тоа што вкупната корист се зголемува со дополнителни единици од истата услуга, маргиналната корист од дополнителната единица опаѓа<sup>33</sup>. Оваа врска помеѓу маргиналната корист и дополнителните единици на услугата е прикажана во Графикон 1.

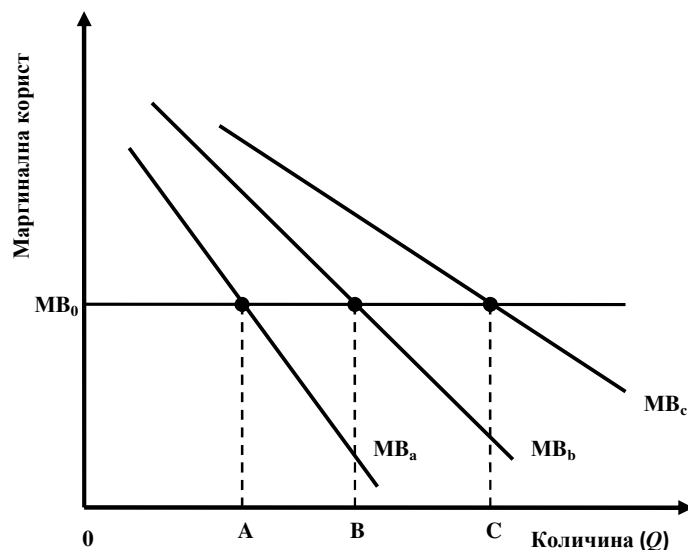
**Графикон 1: Крива на маргинална корист на едно добро или услуга:**



Маргиналната корист од употребата на **OA** единици од определено добро во Графиконот 2.1 е претставена со **MB<sub>1</sub>**. Доколку се употребат дополнителни единици,

<sup>33</sup> Економистите не се единствените кои донесуваат одлуки поврзани со маргиналната анализа. На пример, оваа вечер можеби ќе ви се пружи можност или да учите или да го поминете времето со вашите пријатели и семејството. Како и да е, ова и не е некоја одлука. Ова повеќе се однесува на тоа дали сме во можност да поминеме некое време во учење или некое време со нашето семејство. Доколку ја поминете вечерта во учење, тогаш ќе откриете дека во текот на вечерта вашата концентрација се намалува и сè помалку и помалку се помни од читањето и ви недостига друштво. Економистите би рекле дека маргиналната корист од еден час учење се намалува со секој дополнителен час посветен на учење. Слично на ова, доколку ја поминете вечерта со вашето семејство, најверојатно првиот час кога ќе се видите со нив е најкорисен, но користа постепено ќе опаѓа со секој дополнителен час поминат со нив. Под претпоставка дека се обидуваме да ја максимизирате користа, тогаш решението за вас е да го поделите времето на две активности, консумирајќи од двете активности додека маргиналната корист е релативно висока.

маргиналната корист добиена од овие дополнителни единици опаѓа од  $MB_1$  на  $MB_2$ . Потрошувачот добива корист од многу различни добра. За да ја максимизира вкупната корист од сите купени добра, корисникот ќе ги распредели своите ограничени средства на начин што ќе му обезбеди еднаква маргиналната корист добиена од сите купени добра. Ова **правило на оптимизација** за изедначување на маргиналната корист од последните единици на различни добра не подразбира дека ќе биде консумиран истиот број единици од секое добро. Кога маргиналната корист од различните добра и услуги е еднаква, веројатно би било дека купувачот ќе консумира различни количини од купените добра и услуги. Основната причина за ова е дека маргиналната корист за различни добра и услуги се намалува според различни стапки. Корисникот, односно потрошувачот би купил повеќе единици од оние добра и услуги кај кои има постепено опаѓање на маргиналната корист отколку од оние со нагло опаѓање.



**Графикон 2 : Крива на маргинална корист на различни добра или услуги**

Како што е покажано во Графиконот 2.2., маргиналната корист е еднаква на  $MB_0$  за различни добра и услуги кога потрошувачот купува **OA** единици, **OB** или **OC** единици од три различни добра и услуги. Секој друг процес на распределба би резултирал со помало ниво на вкупна корист. Затоа потрошувачот ја максимизира користа од распределба на определен доход помеѓу добрата и услугите на начин што ќе обезбеди маргиналната корист од последниот потрошен денар на било кое добро и услуга да се изедначи со маргиналната корист на последниот потрошен денар за било

кое друго добро. Имајќи ги предвид разликите во цената на добрата и услугите, потрошувачот мора да ги спореди, не само маргиналната корист од различните добра и услуги, туку, исто така, и **односот на маргиналната корист со цената на секое добро** (MB/P). Кога ова ќе се направи, маргиналната корист по потрошен денар ќе биде еднаква за сите добра и услуги<sup>34</sup>.

Потрошувачот ја оценува маргиналната корист од секое купено добро и услуга од аспект на цената или, поинаку кажано, потрошувачот го споредува соодносот на **маргиналната корист и маргиналниот трошок** за секое добро и услуга. Маргиналниот трошок за потрошувачот претставува **цената** којашто тој мора да ја плати за тоа добро. Кога потрошувачот ќе ја изедначи маргиналната корист и маргиналниот трошок за секое купено добро и услуга, неговите дефицитарни средства ќе бидат распределени така што ќе ја максимизираат вкупната корист.

Во **состојба на рамнотежа**, кога побаруваната количина е еднаква на купената, рамнотежната цена ја одразува вредноста на последните единици од доброто и услугата купени од страна на потрошувачите, бидејќи сите потрошувачи се соочуваат со истата цена на еден определен пазар. На пазарот на слободна конкуренција цените ги претставуваат трошоците на производство. Кога е употребен ефикасен ценовен систем при распределба на ресурсите, маргиналната корист на потрошувачите за купената последна единица е еднаква на маргиналниот трошок за средствата употребени за нејзино производство.

Следниве **промени во факторите** коишто влијаат врз одлуките за алокација на потрошувачите би предизвикале и промена во нивното однесување при купувањето: промена на цената на едно добро (цената на едно добро е во сооднос со цената на другите добра), промена во доходот или промена во перцепцијата на користа изведена од употреба на дополнителните единици од доброто или услугата. Маргинална анализа ќе им овозможи на потрошувачите да ги распределат средствата на начин на кој што ќе ја максимизираат својата корист. Токму на овој начин двете економски алатки – маргиналната анализа и определувањето на рамнотежна состојба се поврзани.

---

<sup>34</sup> Треба да се напомене дека маргиналната корист добиена од купените добра и услуги се разликува помеѓу потрошувачите. Овие разлики се прикажани во графикон 2.2. Кривите на маргиналната корист ја претставуваат маргиналната корист добиена од истото добро и услуга кај различни потрошувачи.

**Втората одлука** што треба да биде направена во секој јавно здравствен систем е селекција на најдобриот метод за производство и обем на здравствени услуги што треба да бидат обезбедени со константен квалитет. Здравствените добра и услуги можат да бидат обезбедени во јавно здравствените институции и установи, како и во други организации за одржување на здравјето. Исто така, и во рамките на еден определен систем, комбинацијата од инпутите (здравствен персонал, опрема, капитал) може да варира. Доколку обезбедувачите на здравствени услуги се стимулирани да ги минимизираат своите трошоци, тогаш тие ќе употребат различни инпути во согласност со нивните релативни трошоци и нивната продуктивност. Методот на оптимизација употребен од страна на обезбедувачот на здравствени услуги ќе биде сличен на методот употребен од страна на корисникот на здравствени услуги. Со цел да се определи најевтиниот метод за добивање на услугата, од страна на корисникот на здравствени услуги ќе бидат употребени **маргиналната корист и релативните цени**, а од страната на обезбедувачот на здравствени услуги ќе бидат употребени **маргиналната продуктивност на инпутите и нивните релативни трошоци**. Исто така, правилото за донесување одлука ќе биде исто. Кога соодносот на маргиналната продуктивност на инпутите е еднаква со нивните трошоци, здравствената установа ќе ги минимизира своите трошоци за обезбедување на здравствените услуги. Кога трошоците на обезбедувачот на здравствени услуги веќе се минимизирани, тогаш комбинацијата на услуги (болничка, амбулантна, домашна нега) и инпути (вид на здравствен персонал и капитал) употребени за обезбедување здравствена услуга ќе бидат и **економски и технички ефикасни**<sup>35</sup>. Сепак, само неколку различни комбинации на инпути можат да бидат технички ефикасни. За да се минимизира трошокот за обезбедување на здравствената услуга, потребно е да се биде не само технички, туку и економски ефикасен. Оној кој донесува одлука мора да ја избере онаа комбинација на инпути, којашто истовремено ќе биде и технички и економски ефикасна, односно најевтина. А, за да се направи тоа, носителот на одлука мора да ги земе предвид релативните трошоци на различните инпути, како и нивната продуктивност.

---

<sup>35</sup> Економската ефикасност подразбира дека аутпутот на производителот не може да се зголеми без да се зголеми трошокот. Техничката ефикасност, пак, подразбира дека аутпутот на производителот не може да се зголеми без да се зголеми еден или повеќе инпути и дека употребените инпути ќе остварат максимална количина здравствени услуги. Нивоата на ефикасност ќе бидат предмет на дискусија во ова поглавје.

При примена на алатките за оптимизација на одлуките од страна на економист, од посебно значење се одредени проблеми коишто се јавуваат во обезбедување на здравствените услуги. Затоа, некои јавно здравствени професионалци предложиле употреба на **стандарди** во обезбедувањето на здравствени услуги, како што се на пример: четири болнички кревети на 1000 жители; одредена должина на престој според дијагнозата на болничките пациенти; односот на бројот на дипломирани медицински сестри со бројот на хоспитализирани пациенти. Ваквите стандарди наведуваат на размислување дека здравствените услуги треба или можат да бидат произведени само со еден метод.

**Третата одлука** што треба да се направи во секој јавно здравствен систем се однесува на распределбата на здравствените услуги. Тие можат да бидат обезбедени бесплатно за сите луѓе, или пак можат да бидат распределени во согласност со подготвеноста на корисникот на здравствени услуги да потроши дел од сопствениот доход за таа цел. Исто така, за оние луѓе чијшто доход не е доволен за тие да го купат потребниот обем на здравствена заштита, а за кој општеството смета дека е соодветен и неопходен, можат да бидат обезбедени **субвенции**.

Оттука, доколку целта на јавно здравствената политика е да ја подобри благосостојбата на човекот, економските критериуми ќе ги предложат најефикасните средства за постигнување на таа цел. Две вредносни проценки ја насочуваат распределбата на здравствени услуги. **Првата** се однесува на тоа дали корисниците на здравствени услуги треба да ја определат сумата на пари што сакаат да ја потрошат за здравствени услуги, а **втората** се однесува на методот и големината на субвенцијата која треба да им се даде на корисниците на здравствени услуги со мал доход, чијашто потрошувачка на здравствени услуги е под нивото за кое општеството смета дека треба да важи во практиката.

Економистот не може да одлучи која вредносна проценка е подобра. Но, сепак, економијата може да му помогне, така што процесот на избор ќе го направи порационален со **обезбедување информации за трошоците** и импликациите на различни вредности, а исто така и со **обезбедување на критериуми за пронаоѓање најефикасен метод** за постигнување на определена вредност. Исто така, економијата може да ни ги разјасни прашањата кои се вклучени во **дистрибуцијата на**

здравствените услуги со употреба на критериуми за одлучување дали благосостојбата на човекот се подобрила со определна јавно здравствена политика<sup>36</sup>.

За разлика од ефикасноста којашто се однесува на целта за максимизирање на вредноста на здравјето и здравствената заштита во општеството, што произлегува од состојбата за производство, консумирање и дистрибуција, праведноста се однесува на дистрибуцијата како предмет. Во овој контекст се мисли на **правичност во дистрибуцијата на здравјето и здравствената заштита помеѓу луѓето**. Исто така, релевантна е и **еднаквоста** при проценка на средствата со кои се финансира здравствената заштита, главно на финансиските средства и при проценка на тоа дали износот на пари којшто луѓето го плаќаат за здравствената заштита е правичен. Еднаквоста значи еднаква дистрибуција, но праведноста значи фер дистрибуција (со импликации дека не може секогаш да биде фер за да биде еднаква - давајќи еднаков обем на здравствена заштита и на здравите и на болните луѓе).

Покрај тоа што праведноста не е иста како и еднаквоста, **позитивната економија** обично ја анализира праведноста во однос на еднаквоста, на пример, дали луѓето имаат или немаат еднаков пристап до здравствената заштита или дали луѓето со еднаква употреба на услугите во здравствената заштита плаќаат ист износ на пари за таа употреба, независно од нивната способност за плаќање.

### 3.4. Ефикасна употреба на здравствените ресурси

Економската анализа во здравствениот сектор е поврзана со евалуацијата на јавно здравствените услуги. Интересот за оваа активност се појавува во последните неколку години откако економската рецесија го ограничи нивото на реални ресурси расположливи за здравствените услуги. Оттука, се наметнуваат следниве прашања:

- Дали ограничените ресурси се искористуваат на најдобар можен начин?
- Дали вредноста на парите е постигната со нивната употреба?

---

<sup>36</sup> Во економијата зборот благосостојба (за популацијата) или ползност (за индивидуата) се користи за да опише задоволство или среќа од консумирање на едно добро или услуга. Ползност е збор којшто често се употребува од страна на економистите и означува среќа или задоволство што една индивидуа го добива од консумирање на едно добро или услуга. Зборовите благосостојба и социјална благосостојба исто така се употребуваат, посебно кога станува збор за агрегатна ползност на популацијата. Консумирањето, пак, го опишува трошењето од страна на луѓето со цел да ја зголемат нивната ползност (добиена среќа или задоволство).

Со цел да одговориме на овие прашања најпрво мора да бидат решени неколку прелиминарни прашања. Вообичаено, најпрво е потребно да се има јасно разбирање дали треба да се прават обиди за да се постигнат **целите**, дали најдобрата употреба на ресурсите значи **критериум за евалуација** и како да се споредат обемот и вредноста на аутпутот на тој процес, односно **мерките и вредносните техники**.

Во разбирањето на овие прашања се јавуваат бројни концептуални и методолошки **проблеми**. Откако истите ќе се разјаснат тогаш може да се дискутира за примена на економски принципи и методи во процесот на планирање, имплементација и евалуација на здравствените услуги.

Во секојдневната употреба зборот ефикасност е познат како процес на дејствување со минимум трошок, загуба или напор, или пак добивање „вредност за пари“. Секако дека за економистите ефикасноста има попрецизно значење. Со цел да го оцениме овој концепт на ефикасност пожелно е да ги разгледаме неговите влијанија, најпрво во здравствениот сектор, а потоа и надвор од него.

Во рамките на здравствениот сектор, **економската ефикасност** подразбира употреба на расположливите ресурси на начин којшто гарантира дека популацијата ќе ја има придобивката „добро здравје“. За да може да се постигне оваа состојба, потребно е да се направи разлика помеѓу двата критериуми, ефективноста и ефикасноста.

Економскиот проблем опишан претходно беше дека ресурсите се оскудни и дека нивната употреба е потенцијално неограничена. Доколку нашата цел е да добиеме најдобра употреба, тогаш ефикасноста е употреба на ресурсите за да го максимизираат постигнувањето на целта.

### **3.5. Производство на здравје и здравствена заштита**

Како што се произведува секое друго добро или услуга, така се произведува и здравјето и здравствената заштита. За да можат да се разберат многу важни проблеми и прашања од областа на здравствената економија потребно е познавање на теоријата на производство. Таа е од посебно значење во анализата на трошоци и понудата на здравствена заштита. Исто така, таа е главен инпут за да се разбере и спроведе економската евалуација. Теоријата на производство ни ги потенцира некои од анализите на ефикасност коишто претставуваат клучен критериум за евалуација.



Имено, производството е важен елемент на теоријата за побарувачка на здравје, така што повторно е потребно познавање на концептите и алатките за анализа на производството<sup>37</sup>.

## Производна функција

Со цел подобро да се разбере процесот на евалуација, од клучно значење е да се идентификуваат трите меѓусебно поврзани, но концептуално различни компоненти кои се заеднички за сите производствени активности. Тие се **инпут, процес, аутпут**. Тие претставуваат клучни елементи и истите наоѓаат примена во здравствената економија. Анализите на производството се засновани на концептот на **производна функција**. За да се одреди која алокација на ресурси ќе биде со најниски трошоци и којашто ќе овозможи зголемување на нивото на здравје, потребно е да се разбере концептот на производната функција на здравјето. Таа, едноставно, претставува врска помеѓу инпутите за продуктивен процес (ресурси како што се кадри, опрема, згради, сировини) и аутпутите на тој процес (се однесуваат на крајните резултати на процесот на производство, како на пример обемот на здравствена заштита со определен квалитет). Процесите ја опишуваат трансформацијата или продуктивната техника која ги менува инпутите во посакуваниот аутпут. Производната функција се фокусира на анализата на врската помеѓу обемот на инпути и обемот на аутпути. Таа е единствениот начин на претставување и на квалитетот и на количината.

Врската помеѓу инпутот и аутпутот често е претставена со следниов вид производна функција:

$$Q = f(L, K, T), \quad (2.1)$$

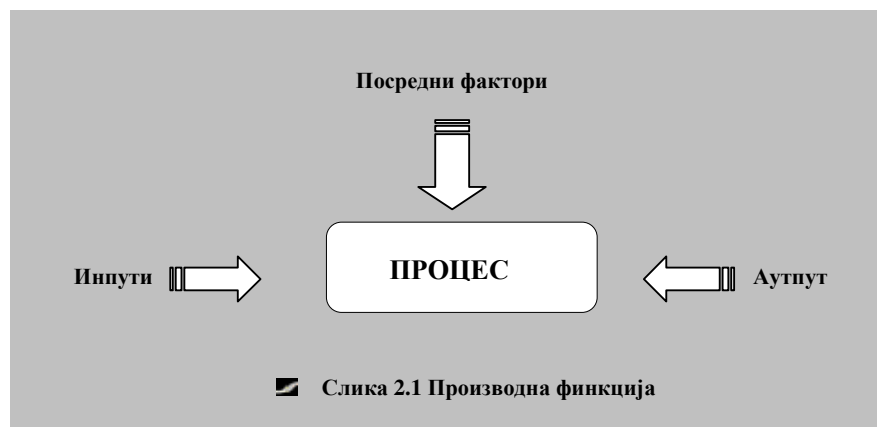
којашто едноставно е математичка кратенка за да се каже дека аутпутот (Q) е функција (или зависи) од комбинацијата на трудот (L) и капиталот (K) и начинот на кој истите се комбинирани. Значи, количината на одреден вид аутпут (Q) е детерминирана од различни инпути кои што влегуваат во производство, како што се трудот (L) и капиталот (K). Начинот на којшто овие инпути се комбинирани е претставен со коефициент (T), под претпоставка дека состојбата на здравствената технологија или

---

<sup>37</sup> Stephen Morris, Nancy Devlin, David Parkin, *Economic Analysis in Health Care*, John Wiley & Sons, Ltd 2007, p. 8.

употребата на посебен вид на производствен процес останува непроменета (фиксна). И покрај тоа што оваа концептуална разлика изгледа јасна, во практика анализата не е сосема јасна. Обично, во општествените услуги и во здравствениот сектор бројни фактори можат да влијаат на врската помеѓу инпутите и аутпутите и да придонесат оваа врска да ја направат екстремно проблематична. Затоа, производната функција треба да ги земе предвид и овие **посредни фактори**.

Во голем дел ова се должи на комплексноста на системот на здравствена заштита. Тој е многу комплексен и динамичен механизам, којшто користи широк избор на **различни ресурси и на повеќе начини**. Тој истовремено произведува **многу различни видови на аутпут**. Начинот на којшто се произведува аутпутот често пати може да не биде разбран и секогаш постои тешкотија да се поврзе еден аутпут со било која интервенција или здравствена активност. Но, оваа не е единствената тешкотија. Голем број различни видови ресурси се користат во јавно здравствените активности. Како резултат на слабиот здравствено информационален систем тешко може да се идентификуваат, измерат или вреднуваат овие инпути. Постојат дури и поголеми проблеми на страната на аутпутот во равенката. На пример, најголемиот проблем е поврзан со конфузното окружување на вистинскиот аутпут на здравствени услуги.



Овој модел може да се вреднува и да се искористи за анализа на многу различни прашања во иста рамка. Оваа флексибилност се јавува како резултат на тоа што може да се измерат инпутите и аутпутите на различни начини и да се разгледаат од различни аспекти во нивната меѓусебна врска. На пример, можеме да ги измериме инпутите како количина на физички ресурси или да ги измериме во согласност со цената или трошоците. Слично на ова, аутпутите можат да бидат измерени како физички квалитет или во однос на цената, трошоците или во однос на друга вредност.

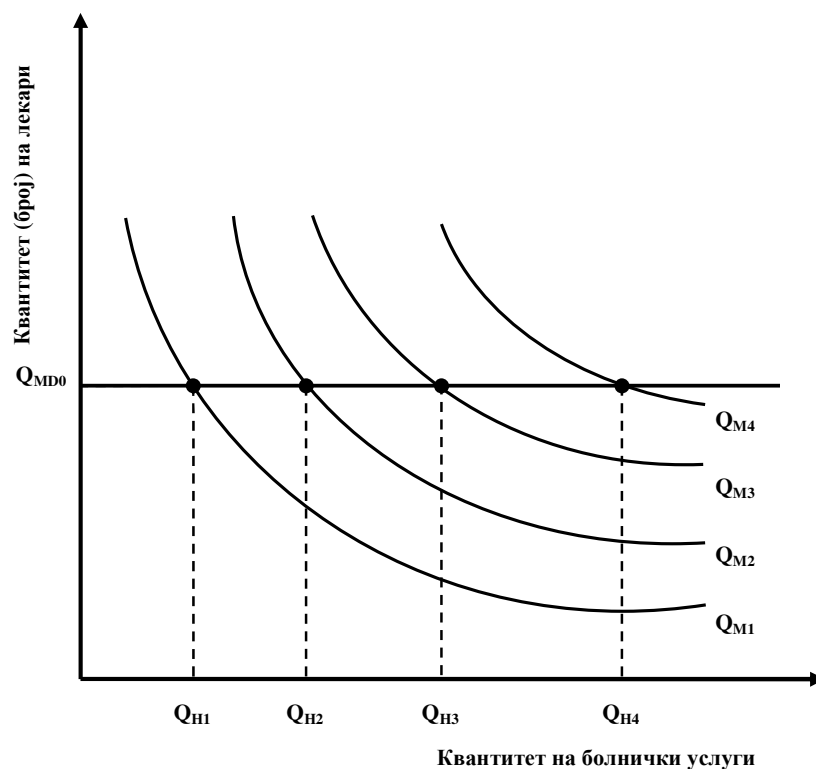
Со варирањето на сите инпути со ист обем и разгледувајќи го влијанието врз аутпутот можеме да дојдеме до економиите од обем: дали е поефикасно да имаме големи или мали болници. Доколку го разгледаме влијанието на аутпутот при промена на еден инпут доаѓаме до продуктивноста: дали, доколку се вработат дополнителни медицински сестри во болницата, колку ова ќе допринесе да се зголеми бројот на третмани коишто ги испорачува болницата. Со разгледувањето на тоа колку различни комбинации може да произведе исто ниво на аутпут, можеме да анализираме супституцијата помеѓу факторите. Дали ќе биде поефикасно сестрите да ги заменат докторите во преземањето на одредени задачи?

На пример, за спроведување на една операција во операциона сала инпут е времето на хирургот, на анестезеологот и сестрата, кои спаѓаат во труд, а употребата на операционата сала, опремата како и материјалите како што се лекови, облека спаѓаат во капитал. Исто така, овие можат да бидат инпути во пред и после оперативна заштита на пациентите, вклучувајќи ја употребата на болничките кревети. Производната функција анализира како се комбинираат овие различни инпути за да се добие аутпут во однос на операциите. На пример, до кој степен можат различните инпути, како што се хирурзите и сестрите, да се заменат едни со други? Доколку употребиме повеќе сестри, уште колку повеќе операции ќе се извршат? Колку операции ќе се извршат доколку искористиме повеќе или сите инпути? Ова ќе ни овозможи да одговориме на прашањето за ефикасноста: Која е ефикасноста во производството? Како можеме истата да ја измериме?

Производната функција се **разликува од кривата на производствени можности** која ја опишува замената, trade-off помеѓу различните аутпути од дадените ресурси. Здравјето може да се произведе со употреба на различна комбинација на инпути. (Во емпириските студии за производната функција на здравјето се претпоставува дека проценетите врски се **технички ефикасни**, тоа значи дека инпутите произведуваат максимален можен аутпут). Економистите и креаторите на одлуки се занимаваат со тоа да определат која комбинација од инпути е **економски ефикасна**, а тоа значи комбинација со најниски трошоци за производство на аутпутот, односно здравјето. Пред да може да се определи комбинацијата на инпути за производство на дадено ниво на здравје со најниски трошоци, потребно е да се определи производната функција на здравјето. Кога еднаш истата ќе биде определена и откако ќе биде развиена проценка за маргиналните ефекти на секој инпут врз здравјето, тогаш може да се направи споредба помеѓу зголемените трошоци врз различните

инпути. Процесот на алокација на ресурси за зголемување на здравјето може да се подобри со расположлива **информација за релативните трошоци** на различните програми и нивните ефекти врз здравствениот статус. Неколку студии направиле обид да ја оценат производната функција на здравјето и здравствената заштита. Пред да се воочат резултатите и ограничувањата на овие студии, корисно би било да се објасни нејзиниот концепт. Производната функција на здравјето и здравствената заштита е аналитички метод за да се определи како да се алоцираат ресурсите помеѓу алтернативните програми за да се постигне зголемено здравје. Овој аналитички метод вклучува два чекори: **прво**, да се определи каква информација е потребна, а **второ**, како таа информација да се искористи за алокација на ресурсите. Еднаш кога ќе бидат прегледани емпириските студии за производната функција на здравјето, тие резултати ќе се искористат за да се определи дали зголемените трошоци на здравствените услуги нудат поголема или помала добивка во постигнувањето на зголемено ниво на здравје отколку трошоците за алтернативните програми.

За подобро да го разбереме концептот на производната функција ќе го дадеме следниов пример илустриран на Графикон 2.3. Да претпоставиме дека се зголемува побарувачката на здравствена заштита. Поконкретно кажано, кога имаме зголемување на побарувачката на болнички услуги, тогаш лекарите би требало да се залагаат за зголемување на капацитетот на болницата, односно, да ја зголемат продуктивноста: со



Графикон 2.2 : Производна функција на здравствената заштита

дополнителни капацитети и услуги, на пример, поголем капацитет на сали за операција, лекарот нема да биде ставен во непријатна ситуација да го упатува пациентот во друга болница или кај друг лекар, бидејќи на тој начин ризикува да го изгуби и пациентот и надоместокот. Исто така, лекарите имаат и економски интерес да ја зголемат нивната продуктивност, а тоа ќе доведе до зголемување на нивниот доход, отколку да се зголеми бројот на дополнителни лекари.

Во нашиот пример, лекарите и болничките услуги претставуваат два инпути во производната функција. Здравствена заштита може да се произведе со различна комбинација од број на лекари и квантитет на болничка нега. Нивната врска е прикажана на Графиконот. Во почеток е произведена количина на здравствена заштита, претставена со изоквантата  $Q_{M1}$ , односно комбинација од квантитет на лекари  $Q_{MD0}$  и квантитет на болничка нега  $Q_{H1}$ <sup>38</sup>. Со оглед на тоа дека квантитетот на здравствена заштита расте до  $Q_{M4}$ , бројот на лекари и количината на болничката нега можат да бидат зголемени во иста пропорција како и претходно. Но, додека количината на болничка нега се зголемува во интерес на лекарите е нивниот број да остане ист. Со истиот број на лекари ќе биде потребно  $Q_{H4}$  количина на болничка нега. Од причини што количината на произведена здравствена заштита е поголема и покрај тоа што бројот на лекарите останал непроменет, нивната *маргинална продуктивност* ќе се зголеми, а во согласност со тоа ќе се намали маргиналната продуктивност на болницата. Колку е поголема продуктивноста на лекарите толку е поголем доходот.

Зголемувањето на аутпутот со зголемување на еден инпут, а при тоа квантитетот на другите инпути да остане непроменет, е концептот на Законот за опаѓачки приноси. Во нашиот пример, маргиналната продуктивност на променливиот инпут (болницата) на крајот ќе опадне, додека маргиналната продуктивност на фиксниот инпут (лекарите) ќе се зголеми.

За да се искористи производната функција на здравјето за донесување одлука за алокација, треба да се одреди специфична функција, односно да се дефинира **аутпутот**, односно **целта** што може да се постигне, како и **алтернативните пристапи** за постигнување на истиот. За да се дојде до алтернативните пристапи, посакуваниот аутпут мора да биде експлицитно дефиниран. На пример, доколку целта е да се зголеми здравјето на популацијата, алтернативите би биле следниве: подобро окружување, подобрена исхрана, поголем акцент на превентивна заштита, подобар

---

<sup>38</sup> Изоквантата е геометриско место на точки на сите алтернативни комбинации од два ресурса со чија помош може да се произведе еден и ист максимален обем на општ производ.

пристап до здравствени услуги, подобри здравствени лични навики. Доколку не се определат здравствените цели според возраста и полот (веројатно и според локацијата), нема да биде можно да се определи кој од следниве проекти и програми ќе имаат најголем ефект врз здравствениот статус: дали програмата за скрининг на рак или проектот за здравје на мајките и децата<sup>39</sup>.

Слободно можеме да заклучиме дека примената на производната функција има значајни предности за здравјето и здравствената заштита<sup>40</sup>.

- **Оптимална состојба.** Производството има трошоци, понатаму трошоците што произлегуваат како резултат на обезбедување подобро здравје можат да се споредат со маргиналните трошоци на другите добра произведени од страна на индивидуите, особено во консумирањето на услуги. Во оптимална состојба, маргиналните трошоци на здравјето, коишто се поврзани со маргиналните трошоци на консумирање, треба да бидат еднакви на маргиналната способност за плаќање на индивидуите за здравјето поврзано со консумирањето. Маргиналната способност за плаќање за здравјето се заснова на концептот на субјективна полезност, со којшто се претпоставува дека способноста за плаќање е детерминирана од расположливиот доход и од должината и квалитетот на живот. Способноста за плаќање, исто така, претставува и стандарден пристап за мерење на користа (добивката) во анализата трошок-корист (СВА). Постои причина да се очекува расчекор помеѓу двете стапки, така што маргиналната способност за плаќање во здравствениот сектор може да биде искривена и од страна на здравственото осигурување (морален хазард) и од страна на лекарите (понуда којашто предизвикува побарувачка) и покрај тоа што договорените плати (хonorари) за медицински услуги немаат многу допирни точки со нивните вистински маргинални трошоци.
- **Релативна маргинална продуктивност на инпутите.** Концептот на производна функција вклучува мислења дека различни инпути прават различни придонеси за аутпутот. Еден таков инпут се здравствените услуги, чиишто маргинални трошоци

---

<sup>39</sup> Paul J. Feldstein, Health Care Economics, Third edition, Irvine, California, A Wiley Medical Publication

<sup>40</sup> Peter Zweifel, Friedrich Breyer, Mathias Kifmann, Health Economics, Second Edition, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009, p. 78

можат да бидат екстремно високи во денешните системи на здравствена заштита. Огромните трошоци за здравствена заштита можат да бидат оправдани од економска гледна точка доколку се карактеризираат со многу висока маргинална продуктивност во споредба со другите инпути за производство на здравје и здравствена заштита. Во овој контекст, може да се забележи дека, на пример, подобрувањето на квалитетот на окружување би можело да има поголема маргинална продуктивност во однос на здравјето (измерено, на пример во QALYs,) во споредба со континуираното зголемување на трошоците за здравствена заштита.

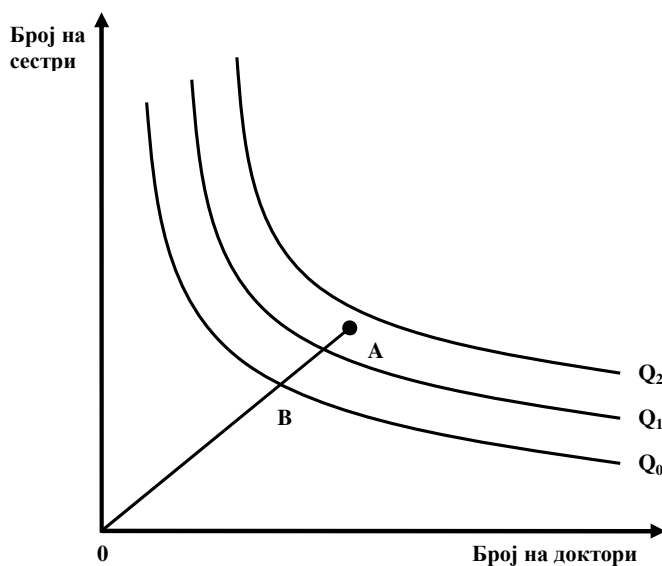
Овие предности можат да имаат оправдана примена, а производна функција дава можност да се процени оптималноста на индивидуалното однесување и ефикасната употреба на дефицитарните ресурси.

### **Изокванти**

Нивото на техничка ефикасност на аутпутот може да се постигне со користење на различна комбинација на инпути. На пример, да се вратиме на нашиот пример за супституција на докторите и сестрите: бројот на операции коишто можат да бидат спроведени во една болница зависи од бројот на доктори и бројот на сестри кои што се вработени во болницата и од другите инпути. До некој степен, возможна е замена помеѓу доктори и сестрите, бидејќи некои задачи можат да бидат спроведени од едниот или другиот персонал. За да се демонстрира како ова би се анализирано, ќе го поедноставиме моделот на производство со вклучување на само два инпути, во нашиот пример бројот на вработени доктори  $x_1$  и бројот на вработени сестри  $x_2$ . За овие два инпути производната функција на нивото на аутпутот  $Q_0$  е:

$$Q_0 = q(x_1, x_2) \quad (2.2)$$

Графиконот 2.4 претставува традиционално прикажување на производната функција, со изокванта. Изоквантата ги покажува сите техничко ефикасни комбинации на инпутите (доктори и сестри) коишто можат да се употребат за да се произведе одреден квантитет на аутпут (број на операции).



**Графикон 2.3 Производна функција и изокванти**

Производната функција создава различни изокванти за секој квантитет на операции, така што Графиконот, всушност, ги прикажува изоквантите за три различни нивоа на аутпут  $Q_0$ ,  $Q_1$ , и  $Q_2$ . Изоквантите оддалечени од првобитната изокванта го претставуваат повисокиот квантитет на аутпут.

Техничката ефикасност може да биде квантифицирана на бројни начини. Болницата е технички ефикасна доколку таа произведува на точките што се наоѓаат на изоквантата. Друг начин на разгледување на техничката ефикасност е дека болницата не може да произведува повеќе од добрата и услугите без употреба на најмалку уште еден ресурс (инпут). Оваа дефиниција е поврзана со концептот на Парето ефикасност. За да произведе аутпут  $Q_0$ , болницата мора да користи комбинација од сестри и доктори прикажана со точка A на Графиконот 2.4 и, оттука, таа не е технички ефикасна. Технички ефикасните болници можат да произведуваат секаде на изоквантата, така што не е возможно да се изрази неефикасност во однос на употребата на премногу доктори или премногу сестри<sup>41</sup>. Линијата OA ги покажува сите точки коишто користат ист релативен размер на доктори и сестри. Технички ефикасната болница којашто користи исти стапка на доктори во однос на сестри би произвела во точка B.

<sup>41</sup> Доколку болниците произведуваат на некоја точка на кривата со употреба на повеќе доктори или повеќе сестри, секако дека автоматски ќе користат помалку од другиот вид на труд.



## Маргинален производ

За да се разбере концептот на маргиналниот производ треба да се испита како еден аутпут варира на ангажираните инпути. Маргиналниот производ на еден инпут е промена во вкупниот аутпут како резултат на промената на квантитетот на употребениот инпут, под претпоставка другите фактори да останат непроменети. Во нашиот пример, доколку се зголеми бројот на сестрите, но не и другите инпути, уште колку операции може да се спроведат во болницата? Маргиналниот производ е даден од страна на делумна издвоеност на производната функција со оглед на факторот. За фактор  $x_n$ , маргиналниот производ е:

$$MP_{x_n} = \frac{\Delta Q}{\Delta x_n} \quad (2.3)$$

Како што се додаваат повеќе единици од еден инпут, како што се сестрите во процесот на производство, при *ceteris paribus* на другите инпути (на докторите), маргиналниот производ ни го покажува поврзаното зголемување во аутпутот, односно операциите. Како и да е, постојаното зголемување во употребата на инпутот сестри ќе даде резултат се помало зголемување во аутпутот. Ова го илустрира Законот за опаѓачки маргинални приноси.

## **Глава четврта**

### **4. АНАЛИЗА НА ФИНАНСИСКИ КОНТРОЛИ НА ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ**

Финансиската контрола во јавните здравствени установи (ЈЗУ) се спроведува во согласност со Законот за јавна внатрешна финансиска контрола („Службен весник на РМ“, бр.90/2009), во согласност со членот 54, точка 12 и 13 и член 71 од Законот за здравствено осигурување, како и во согласност со одредбите од договорите за давање и плаќање здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита склучени помеѓу Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фондот) и ЈЗУ<sup>42</sup>.

#### **4.1. Цел на финансиската контрола**

Финансиската контрола, како задолжителен сегмент од јавната финансиска контрола врши финансиска и буџетска контрола во јавните здравствени установи. Целта на контролата е да врши проверка на точноста на сите документи кои се однесуваат на финансиските активности како и создавањето на побарувањата, приходите, обврските и расходите и да ја оцени нивната усогласеност со законите, подзаконските и интерните акти, одлуки и договори, пред и по нивно извршување. На овој начин се контролира економичноста во работењето и наменското трошење на средствата на ЈЗУ.

#### **4.2. Одделение за буџетска и финансиска контрола**

Координацијата во процесот на финансиска контрола на ЈЗУ ја врши Одделението за буџетска и финансиска контрола во рамките на Секторот за финансиски прашања при Фондот. Контролата ја спроведуваат 16 овластени финансиски контролори, дипломирани економисти, распоредени во централната и подрачните служби (ПС) на Фондот и тоа:

---

<sup>42</sup> ИЗВЕШТАЈ од финансиски контроли на јавни здравствени установи за периодот 1.01.-30.06.2011 година, Скопје, август 2011 година, стр. 2.

Организациона единица	Број на контролори
Централна служба	3
Скопје	3
Тетово	1
Гостивар	1
Струга	1
Охрид	1
Битола	1
Прилеп	1
Велес	1
Струмица	1
Кочани	1
Куманово	1
<b>Вкупно контролори</b>	<b>16</b>

#### 4.3. Видови финансиска контрола

Финансиските контроли се делат на<sup>43</sup>:

1. Редовни контроли кои се реализираат во согласност со Годишен план за финансиска контрола и
2. Контроли со посебна намена.

Во првото полугодие од 2011 година во согласност со усвоениот Годишен план за финансиски контроли од страна на финансиските контролори беа извршени 216 финансиски контроли. Во истиот период финансиските контролори спроведоа и 124 наменски контроли. Вкупниот број на извршени финансиски контроли изнесува 340.

Реализираните контроли по видови се презентирани во следнава Табела:

<sup>43</sup> ИЗВЕШТАЈ од финансиски контроли на јавни здравствени установи за периодот 1.01.-30.06.2011 година, Скопје, август 2011 година, стр. 3.

Р. Бр.	Вид на контрола	Број на извршени контроли
<b>1</b>	<b>Контроли согласно Годишен план за финансиски контроли</b>	<b>216</b>
1.1	<i>Контроли во ЈЗУ за постапување по однос на препораки за надминување на неправилности</i>	62
1.2	<i>Целосни финансиски контроли на ЈЗУ</i>	15
1.3	<i>Квартални контроли на фактури од ЈЗУ</i>	139
<b>2</b>	<b>Наменски контроли</b>	<b>124</b>
2.1	<i>Контрола на здравствени домови</i>	34
2.2	<i>Контрола на фактури на ЈЗУ</i>	30
2.3	<i>Контрола на ПС за почитување на Процедурата за управување со документи за плаќање</i>	30
2.4	<i>Контрола на дијализни центри</i>	20
2.5	<i>Контрола на ортопедски куќи</i>	4
2.6	<i>Други наменски вонредни контроли на ЈЗУ</i>	6
	<b>Вкупен број на финансиски контроли во првото полугодие на 2011</b>	<b>340</b>

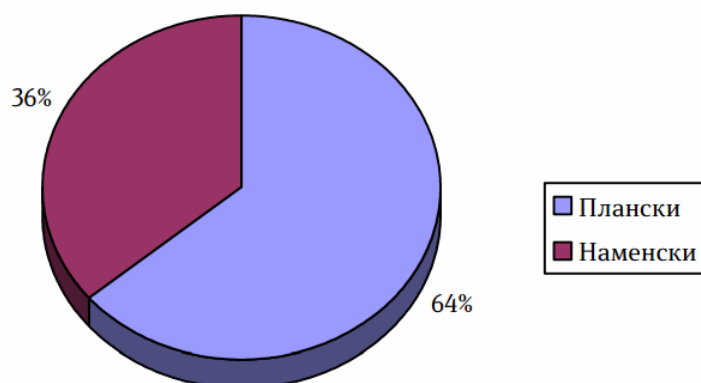
Степенот на реализација на Годишниот план за финансиски контроли, заклучно со 31.06.2011 година изнесува 99.08%, односно од планираните 218 контроли реализирани се 216. За две финансиски контроли не постоеја услови да се изведат во првото полугодие и истите ќе бидат реализирани во наредното полугодие од 2011 година.

Споредбено, односот помеѓу реализираните плански и наменски финансиски контроли во рамките на вкупно извршени финансиски контроли изнесува<sup>44</sup>:

- плански контроли – 64%,
- наменски контроли – 36 %.

Графички соодносот помеѓу планските и наменските контроли е презентираан на следниот начин:

<sup>44</sup> ИЗВЕШТАЈ од финансиски контроли на јавни здравствени установи за периодот 1.01.-30.06.2011 година, Скопје, август 2011 година, стр. 4.



#### 4.4. Реализација по видови на контроли

##### 4.4.1. Контрола на ЈЗУ за постапување по однос на препораки од финансиска контрола во 2010 година

Во текот на февруари 2011 година, во согласност со Годишниот план за финансиски контроли беа контролирани 62 од вкупно 84 ЈЗУ кои беа предмет на целосна финансиска контрола во 2010 година. Останатите 22 ЈЗУ од вкупниот број контролирани ЈЗУ во 2010 година беа контролирани кон крајот на 2010 година.

Целта на овие контроли беше да се констатира дали и во кој степен се почитуваат препораките од страна на финансиската контрола кои се однесуваа на почитувањето на законската регулатива и договорите за пружење и плаќање на здравствени услуги како и на почитувањето на заклучоците од Сто и третата затворена седница на Владата на Република Македонија одржана на 28.09.2010 година.

Најзначајните констатации од контролите се следните<sup>45</sup>:

- Во 30 од контролираните 62 ЈЗУ констатирано е непочитување на член 5 од Спогодбата за утврдување на најниска плата за најнизок степен на сложеност и начинот на пресметување и исплата на платите во здравствената дејност. Овие ЈЗУ ги надминуваат дозволените 15%, 20% или 25% додатоци на плата,
- Во 23 ЈЗУ нема обезбедено уредно пополнети Изјави за непостоење на судир на интереси од страна на членовите во Комисијата во досието за спроведена

<sup>45</sup> ИЗВЕШТАЈ од финансиски контроли на јавни здравствени установи за периодот 1.01.-30.06.2011 година, Скопје, август 2011 година, стр. 5.

постапка за доделување на договори преку јавни набавки;

- Во 20 ЈЗУ не е исполнето задолжнието за членовите на Управниот одбор на ЈЗУ да воведат зајакнати контролни механизми врз работењето на директорите на ЈЗУ;
- Во 19 ЈЗУ нема воведено електронски систем на евиденција на работно време и, спротивно на барањата, распоредите за редовна, прекувремена работа, како и за дежурства, се изготвуваат во форма на рачно креирани листи за евиденција на присутност на работа врз основа на кои се исплатуваат платите и надоместоците;
- Во 14 ЈЗУ сè уште не се врши реално планирање и редовно усогласување на планските документи како што се: Годишен финансиски план, Годишен план по вид и обем на здравствени услуги и Годишен план за јавни набавки и истите не се ажурираат во согласност со реализацијата на приходите и расходите во текот на годината;
- Во 14 ЈЗУ нема извршено реорганизација на административниот кадар во насока на зголемување на бројот на лица кои работат на постапките за јавни набавки;
- Во 13 ЈЗУ не се изработени и усвоени интерни акти за имплементација на процедурите за контрола при управување и евиденција на лековите и медицинските материјали заради постигнување на целосна контрола во работењето во рамките на болничката аптека и организационите единици;
- Во 5 ЈЗУ нема воведено сменско работење;
- Во 5 ЈЗУ не е извршена корекција на незаконско исплаќање на додатоци на плата на оние вработени на кои според Колективниот договор за здравство, истиот не им следуваат;
- Во 3 ЈЗУ не се усвојуваат планските документи со засебни одлуки на УО, односно усвоени се само во рамките на Бизнис планот;
- Во 3 ЈЗУ не е воведено софтверско решение за разграничување на обврските и долговите.

Најзначајните констатации се во делот на почитувањето на лимитите на додатоци на платата на вработените, почитувањето на законските прописи во

спроведувањето на постапки за јавни набавки и зголемувањето на обемот на контрола врз работењето на директорите од страна на Управните одбори на ЈЗУ.

#### **4.4.2. Целосна финансиска контрола**

Целосната финансиска контрола има за цел темелна контрола и анализа на финансиското работење на ЈЗУ во претходната и тековната година од работењето. Таа подразбира контрола на<sup>46</sup>:

- Плански документи (Годишен финансиски план, Годишен план по вид и обем на здравствени услуги и Годишен план за јавни набавки);
- Усогласеност на планските документи со буџетот на ЈЗУ;
- Пресметка на плати и додатоци на плата и бројот на вработениот персонал со полно работно време и персоналот вработен по други основи;
- Јавни набавки, договори со економски оператори и нивна реализација;
- Сметководствена евиденција;
- Раководење со благајна;
- Наплата на сопствени приходи и партиципација;
- Остварување на приходи по програми на Министерството за здравство;
- Ниво на залихи на медицински материјал и лекови;
- Договори склучени со други ЈЗУ за сервисни услуги и
- Контрола на начинот на фактурирање и искажување на услугите во документите за плаќање до Фондот.

Во согласно со Годишниот план за финансиски контроли, во првото полугодие од 2011 година реализирани се 15 (петнаесет) целосни финансиски контроли. Целосните контроли започнаа да се реализираат од март 2011 година. Во согласност со Годишниот план за целосни контроли на материјално финансиското работење на ЈЗУ, операционализиран на месечно ниво, започнувајќи од март 2011, секој месец се вршеше контрола на 4 ЈЗУ, од страна на тим составен од двајца финансиски контролори.

---

<sup>46</sup> ИЗВЕШТАЈ од финансиски контроли на јавни здравствени установи за периодот 1.01.-30.06.2011 година, Скопје, август 2011 година, стр. 8.

#### **4.4.3. Вонтеренска контрола на начинот на фактурирање на здравствени услуги од здравствените установи**

Вонтеренските контроли се вршат во подрачните служби на Фондот до кои ЈЗУ фактурираат. Предмет на контрола се фактурите и пропратната документација за извршени здравствени услуги од примарна, специјалистичко – консултативната и болничка здравствена заштита (за оние здравствени услуги кои не се опфатени со ДСГ системот).

Контролата на фактурите и пропратната документација има за цел да се утврди дали начинот на фактурирање на извршените здравствени услуги и содржината на фактурите се во согласност со законските и подзаконските акти, како и со правилниците и ценовниците на Фондот со кои е регулиран начинот на фактурирање. Истата подразбира контрола на формата и содржината на фактурата, рекапитуларот, спецификацијата, пресметките и сите пропратни документи, како што се упат и син картон. Во доменот на контролата се фактурираните здравствени услуги од специјалистичко - консултативната здравствена заштита и дневна болница.

Начинот на контрола на фактурите е дефиниран на таков начин што од секоја здравствена установа се контролираат фактурите од последните три месеци, вклучително и последната фактура која сè уште не е ликвидирана. Контролорите ја вршат контролата преку избор на пресметки по пациент по случаен избор при што минималниот број на контролирани пресметки од една здравствена установа за еден квартал е 150.

Вонтеренската контрола во согласност со Годишниот план за финансиска контрола започна да се имплементира од 1.03.2011 година и до крајот на јуни 2011 година беа извршени 139 контроли на фактурите од 103 ЈЗУ. Заклучно со 30.06.2011 година контролирани се околу 157,4 илјади пресметки.

Од вкупниот број контролирани пресметки констатирани се неправилности во начинот на фактурирање во околу 51,5 илјади пресметки, од што може да се извлече генерална констатација дека во 32,7% од вкупниот број контролирани пресметки постојат неправилности.

Најзначајни неправилности кои се констатирани во процесот на фактурирање



кај контролираните установи се<sup>47</sup>:

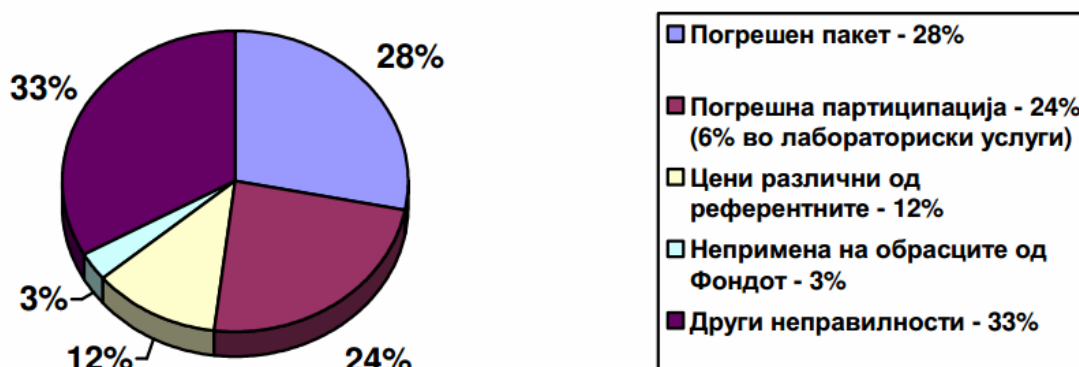
- Фактурирање на непостоечки пакети и услуги од специјалистичко - консултативна здравствена заштита за искажување на пружени здравствени услуги;
- Искажување на цени на услуги и пакети кои се различни од референтните;
- Фактурирање на два пакети кои во согласност со Упатството за фактурирање на пакети за завршени епизоди на лекување во специјалистичко – консултативна здравствена заштита, не смеат да се комбинираат во една пресметка;
- Фактурирање на услуги по стар ценовник во ситуација кога здравствената установа може да избере пакет на здравствени услуги;
- Пресметки без шифра и назив на пакет на здравствени услуги, без датум на извршена услуга и без дијагноза;
- Погрешно фактурирана партиципација која не соодветствува со Одлуката за одредување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствени услуги;
- Пресметана и наплатена повисока партиципација на товар на осигурениците;
- Партиципацијата наплатена од пациенти не е одземена од фактурираниот износ до Фондот;
- Фактурирање на партиципација до Фондот која, во согласност со програмите на Министерството за здравство, треба да биде побарувана од министерството;
- Неприменување на пропишаните обрасци за фактура, спецификација, рекапитулар и пресметка од страна на Фондот;
- Некомплетна пропратна документација (упат, син картон итн.);
- Фактурирање на специјалистички пакети за незавршени епизоди на лекување, односно фактурирање со пресметки во кои е избран пакет со контролен преглед, а истиот не е евидентиран како извршен;
- Приложени пресметки за извршени здравствени услуги во кои недостасуваат потребните податоци (на пр.: пресметки без потпис на осигуреното лице, без

---

<sup>47</sup> ИЗВЕШТАЈ од финансиски контроли на јавни здравствени установи за периодот 1.01.-30.06.2011 година, Скопје, август 2011 година, стр. 14.

потпис и факсимил на лекар, без број на лекарски дневник итн.).

Од анализата на добиените податоци доставени од контролорите може да се извлече апроксимативна слика за соодносот помеѓу констатираните неправилности и нивната застапеност во вкупниот број на неправилни пресметки. Истата е презентирана во следниот графички приказ:



Резултати од контролата во периодот март - јуни 2011 година:

- Фактурите од контролираните ЈЗУ од страна на Финансиската контрола се намалени / сторнирани за 25 милиони денари;
- Вратени се на целосна корекција последните фактури од 3 јавни здравствени установи;
- Дадени се упатства за правилен начин за фактурирање до 103 јавни здравствени установи;
- Врз основа на констатациите Комисијата за референтни цени на услуги во континуитет добива информации за измени и дополнувања на постоечкиот ценовник на пакети и здравствени услуги;
- врз основа на увидот и констатациите во записниците од контрола детектирани се недоследности во правните акти и правилниците на Фондот и иницирана е нивна измена.

#### 4.4.4. Наменски контроли

Наменските контроли се спроведуваат по барање на менаџментот на Фондот или по барање на директор на сСектор во Фондот, раководител на подрачна служба или врз основа на писмено барање на договорните страни, на работодавец, на осигурено лице и други надлежни институции, заради ефикасно остварување на политиките на Фондот за финансирање на ЈЗУ и како такви не се дел од Годишниот план за финансиски контроли. Наменските контроли се вршат заради следење на<sup>48</sup>:

- наменското трошење на средствата во ЈЗУ;
- начинот и динамиката на плаќањето на обврските на ЈЗУ;
- реализација на приходите итн.

Финансиската контрола на Фондот успешно ги изврши сите наменски контроли и извештаите од контролата беа доставени за понатамошно постапување по констатациите и заклучоците.

---

<sup>48</sup> ИЗВЕШТАЈ од финансиски контроли на јавни здравствени установи за периодот 1.01.-30.06.2011 година, Скопје, август 2011 година, стр. 16.

## **5. СУГЕСТИИ И ПРЕПОРАКИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ФИНАНСИРАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА**

### **5.1. Макроекономски контекст**

Република Македонија ќе продолжи да го темели финансирањето на здравствената заштита врз здравственото осигурување за што има долга традиција. И понатаму, основен извор за прибирање на средствата ќе бидат придонесите од плата и други надоместоци кои ќе се слеваат во единствен државен фонд за здравствено осигурување, со голем степен на солидарност помеѓу осигурениците, но и со строги критериуми за одржливост, финансиска контрола и надзор од Владата.

Стапките на придонесите за здравствено осигурување и понатаму ќе останат на исто ниво и ќе се подобри наплатата на придонесите, а средствата ќе се користат за поефективни и поефикасни здравствени услуги. Министерствата за финансии, здравство и труд и социјална политика континуирано ќе соработуваат заради подобрување на наплатата на придонесите за Фондот за здравствено осигурување преку воведување систем за заедничка наплата на придонесите лоциран во Управата за јавни приходи. Предноста на овој начин на финансирање на здравствената заштита, наместо директно од државниот буџет, е што Владата нема да се оптовари со набавки и финансиска администрација и ќе се промовира развојот на куповниот капацитет на населението. Здравственото осигурување и понатаму ќе се заснова на индивидуално членство и придонеси што воедно дава подобра можност за помало влијание на политиката во финансирањето на здравствената заштита.

Фондот за здравствено осигурување ќе се зајакне и реорганизира за да ја исполни основната функција во спроведувањето на здравственото осигурување за осигурените лица и да управува со средствата на осигурениците ефикасно и ефективно и во нивен најдобар интерес, во согласност со акционен план за подобрување на функционирањето на ФЗОМ. Владата и ФЗОМ ќе изготват план за решавање на прашањето со заостанати долгови во здравствениот сектор.

## **5.2. Финансиска контрола**

Министерството за финансии ќе продолжи секоја година да го предлага вкупниот буџет на ФЗОМ за наредната година, врз основа на плановите за собирање на приходи и тој мора да биде одобрен од Собранието како горна граница за расходите на ФЗОМ во претстојната година. ФЗОМ изготвува план за распределба на средствата до сите елементи на системот за здравствена заштита во претстојната година, којшто треба да биде одобрен од Управниот одбор и не смее да преземе обврски за плаќање на трошоци над договорената горна граница. Планот на расходите на ФЗОМ постепено ќе преминува од план заснован на историски исплати во план заснован на купување на потребниот вид и обем на здравствени услуги по договорени цени. Сите договори помеѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги имаат финансиска горна граница поврзана со одреден лимит за активностите, што значи дека финансиските одговорности се префрлаат од ФЗОМ на давателите на услуги.

Менаџерската структура и степенот на автономија на ФЗОМ беа неодамна прилагодени во насока на обезбедување поголема контрола од Владата. Од 2005 година се спроведува детален акционен план за подобрување на функционирањето на ФЗОМ. Ќе се подобри контролата врз буџетот од страна на ФЗОМ. Секторот за внатрешна контрола на ФЗОМ ќе ги следи сите финансиски текови. ФЗОМ ќе доставува месечни извештаи за своите реални приходи и расходи до Министерствата за здравство и финансии. Државниот завод за ревизија ќе врши годишна надворешна финансиска ревизија на работењето на ФЗОМ. Спроведувањето на договорениот акционен план за ФЗОМ под новата структура во периодот 2006-2008 година е оценувано во 2009 година за да се увиди дали се неопходни промени.

Владата и ФЗОМ ќе изготват план за решавање на проблемот на постојните заостанати долгови на ФЗОМ и истиот ќе му го достават на Собранието. Со закон е уредено дека ФЗОМ не смее да прави нови долгови во иднина.

## **5.3. Создавање на ресурси**

**Создавање на ресурси.** Ова е функција на здравствениот систем којашто вклучува производство, увоз, извоз, дистрибуција на човечки ресурси, знаење, лекови, медицинска опрема, капитал.

Министерството за здравство треба да организира систем што ќе ги предвиди потребите од здравствен кадар на среден до долг рок, врз основа на многу индикатори како што се норми за бројот на вработени, возрасна структура на професионалниот кадар, регионални разлики, имиграција и емиграција, како и очекуваните промени во задачите помеѓу различните категории на професионалци во иднина. Во соработка со Министерството за образование, треба да се утврди горна граница („плафон“) на број на студенти што ќе се запишуваат секоја година на студии, а за кои се очекува или е веќе присутен неприфатлив вишок. Овој „плафон“ сигурно ќе се однесува на студентите по медицина, но системот може да се прошири и на други професии во согласност со потребите. Професионалните здруженија ќе го регулираат бројот на примени специјализанти, исто така, врз основа на прогнозирани потреби.

Ќе се воспостави систем на финансиски и нефинансиски стимулации за да се привлече здравствениот кадар да оди да работи во региони од Македонија каде во моментот нема доволно таков кадар, во што ќе учествува и локалната самоуправа. Нерамнотежата помеѓу бројот на здравствени установи и кадар во Скопје и во некои региони ќе се намали на тој начин што ФЗО ќе склучува договори само со оние служби во Скопје што се потребни за да им се обезбеди пакетот со основни услуги на граѓаните, но и преку реализација на планот за рационализација на болниците.

Лекарската, Фармацевтската и Стоматолошката комора ќе треба да им издаваат основна или целосна лиценца само на оние лекари, фармацевти или стоматолози кои завршиле факултет во странство чии дипломи се сертифицирани од страна на коморите како еквивалентни на македонските дипломи. Коморите ќе ги прибават неопходните информации за странските наставни програми, почнувајќи со оние факултети од каде доаѓаат повеќето дипломци или постдипломци. Доколку странските дипломи не им бидат признати од коморите, лекарите ќе мора да препологааат дел или сите испити за да добијат лиценца за работа. На среден до долг рок, сите професионални квалификации во Македонија ќе бидат компатибилни со ЕУ. За таа цел, образовните институции ќе ги приспособат наставните програми за сите медицински професии признати во Директивата на ЕУ 2005/36/ЕЗ.

Наставната програма во школите за медицински сестри треба да доживее целосен „ремонт“. Содржините мора да бидат многу помалку медицински, односно фокусирани на болести и дијагнози, а многу повеќе акцентот да се стави на сестринска

нега и превенција. Програмата мора да содржи повеќе практична работа и да нуди можност за специјализација за време на четвртата година од наставата.

Трансформацијата на ПЗЗ во систем заснован на семејна медицина ќе бара интензивни напори и значителни финансиски средства во наредните 10 години. Сè уште останува да се направат прецизни пресметки, но груба проценка е дека околу 1000 постојни лекари од ПЗЗ и околу 1000 сестри мора да поминат низ дополнителна обука, а околу 200 лекари и 1000 сестри мора да одат на специјализација по семејна медицина. За ова да се оствари ќе биде потребен голем капацитет за обука на Катедрата по семејна медицина при Медицинскиот факултет и на школите за сестри, вклучувајќи и натамошен развој на наставната програма и доволен капацитет за практична обука со обучувачи, пациенти и опрема. Мора да се определи времетраењето, „тајмингот“ и цената на чинење на дополнителната обука по семејна медицина. Би било корисно лекари и сестри од иста ординација за семејна медицина заедно да следат одредени модули од дополнителната обука. Трошоците мора да ги споделат Владата, вработените кои се на до-обука и, се надеваме, одредени странски донатори. Одредена базична работа веќе е сработена за време на Проектот за транзиција на здравствениот сектор (завршен во 2002 година) од страна на Медицинскиот факултет тогаш. Поконкретно, одредени модули за дополнителната обука и обучувачи кои би ги предавале овие модули веќе се на располагање. Позицијата на семејната медицина, исто така, има потреба од зајакнување и во додипломските наставни програми за лекари и сестри. Мора да се изготви и акредитирана програма за континуирана едукација по семејна медицина.

#### **5.4. Основен пакет на здравствени услуги**

Основниот пакет на здравствени услуги претставува кошница со сите здравствени услуги што им се обезбедуваат на осигурениците, за кои давателите на услуги ќе бидат целосно или делумно покриени од страна на ФЗОМ. Ова значи дека пациентот или не плаќа за овие услуги на местото на давање на услугата, или плаќа утврдена партиципација. Цената на чинење на основниот пакет на здравствени услуги за осигурениците мора да се пресмета и да се вклопува во рамките на приходите на ФЗОМ. ФЗОМ нема да смее да склучува договори за услуги што не можат да бидат

покриени. а Владата нема да бара такво нешто од него. Ќе се користат повеќе методи за урамнотежување на приходите и расходите на ФЗОМ:

- Редизајнирање на основниот пакет на здравствени услуги со утврдување на здравствените приоритети;
- Периодично ревидирање на содржината на основниот пакет на здравствени услуги во зависност од расположливите финансиски средства;
- Темелна проценка (вклучувајќи и утврдување на маргинална трошкова ефективност) на новите лекови и помагала пред истите да бидат вклучени во основниот пакет на здравствени услуги;
- Дефинирање на приоритетни превентивни здравствени услуги за кои нема да се плаќа партиципација;
- Договарање меѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги за видот, обемот и цената на чинење на куративните услуги во рамките на основниот пакет на здравствени услуги;
- Воведување поголема партиципација за специфични форми на специјалистичко-консултативни услуги во амбулантно-поликлиничка и болничка здравствена заштита (изземајќи одредени категории население), со што ќе се намалат неформалните плаќања од џеб овозможувајќи му на давателот на услуги да ги задржи дополнителните приходи;
- Периодично ревидирање на позитивната листа на есенцијални лекови и медицински помагала вклучени во основниот пакет на здравствени услуги;
- Превземање на одговорноста од ФЗОМ за исплата на средства за случаи на боледување и породилно отсуство од страна на соодветните институции;
- Прилагодување на стапките на придонеси за здравствено осигурување за различните категории осигуреници доколку истото е можно и потребно.

Периодично ажурираниот Основен пакет на здравствени услуги мора да биде одобрен со Одлука од Управниот одбор на ФЗОМ и добиена согласност од МЗ.

Корисниците на здравствени услуги ќе мора да ги плаќаат здравствените услугите на негативната листа надвор од пакетот со услуги, и тоа во одредени случаи по регулирани цени, а во други случаи по пазарни цени. Граѓаните како единки или работодавците во име на нивните вработени можат да се осигураат дополнително на



доброволна основа за покривање на трошоци за надстандардни услуги и други здравствени услуги кои не се вклучени во основниот пакет на здравствени услуги.

Во принцип, сите македонски државјани регистрирани во Матичната книга на родени ќе се сметаат за осигуреници без оглед на тоа кој го плаќа придонесот за здравствено осигурување: работодавците, самите граѓани или социјалните фондови. Во случај да не можат да се извлечат никакви придонеси од овие извори, Владата ќе биде одговорна за обезбедување придонеси од државниот буџет. Сите граѓани ќе бидат регистрирани од страна на ФЗОМ, вклучувајќи го и нивниот статус во однос на плаќањето на придонесот. Министерството за здравство ќе се обиде да го пренасочи финансирањето на долготрајната институционална нега, како на пример за психијатриските болести, на соодветните институции, а во иднина и за други нарушувања како, на пример, Алцхајмеровата болест.

## **5.5. Склучување договори со даватели на услуги и нивна исплата**

ФЗОМ ќе остане единствен купувач на здравствени услуги од Основниот пакет на здравствени услуги. Приватни компании можат да осигуруваат граѓани за дополнителни услуги на доброволна основа.

ФЗОМ ќе ја подобри својата функција на купувач на здравствени услуги и плаќањето на здравствените услуги ќе го врши само врз основа на склучени договори за одреден вид и обем на здравствени услуги со дефинирани цени што им се потребни на осигурениците во сите подрачја во Република Македонија.

Остварливоста на селективното склучување договори ќе зависи од резултатите на медицинската мапа и критериумите за споредување на квалитетот на давателите на услуги кои се подготвуваат и ќе бидат основа за склучување договори со ФЗОМ. Во случај на вишок на даватели на определени услуги во одреден регион, ФЗОМ ќе склучи договори само со потребниот број даватели на услуги избрани преку транспарентна постапка врз основа на критериумите квалитет и цена на потребните услуги. Склучувањето договори од страна на ФЗОМ нема да го зема предвид правниот

статус на давателот на услуги и во процесот ќе ги третира подеднакво јавните и приватните даватели на услуги.

Во периодот 2007-2010 година, плаќањето на Специјалистичко-консултативните и болничките услуги постепено почна да се заснова на видот и обемот на пружени здравствени услуги и на утврдени индикатори за успешно работење, наместо на постоечката инфраструктура и утврден историски буџети. Вкупната исплата ќе биде ограничена со буџетски максимум. Ќе се воведат законски одредби со цел да се спречи пречекорувањето на утврдените буџети и понатамошното создавање на долгови од страна на здравствените установи. За да управуват рационално со средствата, раководителите на здравствените установи ќе поминат низ обука за финансиски менаџмент и ќе бидат одговорни да не се пречекорат расположивите средства. ФЗОМ ќе врши редовна финансиска контрола (ex ante и ex post) и ревизија на нивното работење.

Договорите за болнички услуги ќе содржат метод на плаќање што ги покрива сите трошоци со утврден буџетски максимум.

За лековите на рецепт од позитивната листа, ФЗОМ ќе склучи договори со потребниот број аптеки, а тие ќе бидат рефундирани според референтни цени.

ПЗЗ ќе се плаќа според капитацискиот модел за обезбедени здравствени услуги, прилагоден на полот и возраста на корисниците на здравствени услуги и на географската локација на ординацијата. ФЗОМ ќе продолжи да додава финансиски стимулации за постигнати успеси и тоа засновани на висок опфат со превентивни активности, рационално упатување на повисоко ниво на здравствена заштита и рационално пропишување рецепти, во согласност со медицина базирана на докази.

Сите договори помеѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги ќе прецизираат за кои податоци мора да се доставуваат месечни или годишни извештаи до ФЗОМ. Исто така, утврдени се и индикатори за следење на успешноста во работењето преку соодветни индикатори. Финансиските и другите податоци за успешноста во работењето на здравствени установи ќе бидат предмет на независна ревизија. Сите договори ќе содржат јасни правила кои ќе забрануваат неформални плаќања, вклучувајќи и казни за непочитување на правилата.

Републичкиот и Регионалните заводи за здравствена заштита ќе договорат годишни договори и буџети со Министерството за здравство, другите министерства, локалната самоуправа и ФЗОМ за спроведување на договорени програми од областа на јавното здравје. Тие ќе можат слободно да даваат услуги на пазарот во нивната сфера на стручност, но таквите активности не смеат да им наштетуваат на било каков начин на нивните основни јавно здравствени функции.

## Заклучок

Заклучокот од анализата на здравствената состојба на населението во Македонија зависи од меѓународните состојби и упатува на потребата од делување во правец на подобрување на оваа здравствена состојба на населението. Сепак, треба да се разбере дека добивките или загубите во делот на здравјето се посилно поврзани со други фактори, како што се социоекономските влијанија, отколку со некои специфични здравствени активности што се во надлежност на МЗ и на секторот за здравствена заштита. Ова значи дека подобрувањето на здравјето мора да биде предмет на меѓусекторска соработка, како и ефикасна финансиска контрола.

Исто така, може да се види и тоа дека во претстојнава деценија ќе се случи постепено воведување на формални оценувања на квалитетот во здравствената заштита како и подобра контрола на финансирањето. Таквите клинички ревизии (познати и под називот „оценки од колеги“) ќе се вршат како интерно (од колеги од истата институција или групна ординација), така и екстерно (од посебно обучени експерти од професионални здруженија [или од коморите?]). Екстерната ревизија ќе биде дел од условите за релиценцирање.

Еден друг аспект од квалитетот во здравствената заштита е состојбата на здравствената инфраструктура: здрадите, просторот, кадарот и опремата. Постојат јасни правила и прописи за лиценцирање на здравствените установи, како и многубројни административни и санитарни критериуми што на годишно ниво ги следи Државниот здравствен и санитарен инспекторат. Министерството за здравство ќе изврши анализа дали овие контролни системи се сè уште соодветни и дали во иднина ќе биде потребно релиценцирање на установите.

Влијанието на потрошувачите на здравствени услуги врз квалитетот на здравствената заштита треба да се зголеми преку систематско следење на мислењата на пациентите за третманот што го добиле. Заедно со Организацијата на потрошувачи на РМ, организации на пациентите, претставници на осигурениците во Управниот одбор на ФЗО и Секторот за права на пациентите од РЗЗЗ ќе бидат осмислени методи за евалуација на здравствената заштита од гледна точка на потрошувачите. Овие методи

опфаќаат дисеминација на информации за правата на пациентите и за квалитетот на здравствената заштита што ја обезбедуваат различни даватели на услуги. Ќе се воспостават процедури што ќе овозможат непречена комуникација во врска со квалитетот помеѓу давателот на услуги и потрошувачот, сè со цел да се подобри квалитетот и да се спречи ескалирање на состојбата во случаи на поплаки.

Министерството за здравство ќе изготви формална сеопфатна стратегија за осигурување квалитет на финансирањето во која ќе бидат опишани улогите и одговорностите на многубројните организации и поединци кои играат улога во контролата на квалитетот и тоа: Министерството за здравство вклучувајќи го и Здравствениот инспекторат, ФЗО, РЗЗЗ, професионални здруженија, коморите и факултетите за лекари, фармацевти и стоматолози, раководители на установи, поединечни професионалци и потрошувачи. Овој документ ќе презентира цели за различни аспекти од осигурувањето и подобрувањето на квалитетот, како и методи за постигнување на целите. И покрај тоа што Министерството за здравство е крајната инстанца одговорна за квалитетот на здравствената заштита во Македонија, осигурувањето е првенствено задача на здравствените професионалци и установи. Интерната саморегулација и јавната одговорност се поефективни одошто екстерните контроли.

Подобрувањето на квалитетот може да заштеди одредена сума пари преку елиминирање на преголемата употреба или злоупотреба на медицинскиот третман. Меѓутоа, формалните оценки од страна на екстерни ревизори и системот на континуирана едукација чинат пари. Во принцип, континуираната едукација треба да си ја плаќаат самите професионалци и нивните институции, иако може да се земат предвид и придонеси од Владата и од спонзори. Затоа е важно во почетокот да се оди со скромни барања за бројот на часови поминати на акредитирана континуирана едукација, а наредните години постепено да се зголемува оваа бројка. Ќе биде многу важно да се обезбеди комбинација од висок квалитет и умерена цена. Трошоците за континуирана едукација ќе бидат одбиени од данокот. Намален износ на котизацијата за учество во континуираната едукација може да се искористи како стимулација за кадарот кој работи во географски области каде бројот на здравствени работници е недоволен.

Финансиската контрола на Фондот во првата половина на 2011 година успешно ги изведе поставените задачи и ги реализира активностите предвидени со

Годишниот план за финансиски контроли. Резултатите од финансиската контрола можат да се диференцираат на следниот начин:

- Констатациите и препораките од финансиската контрола обезбедија зголемување на степенот на одговорност кај менаџментот на контролираните ЈЗУ;
- ЈЗУ има подобар увид во своето работење и во слабостите кои треба да се отстранат за да се постигне поголема финансиска ликвидност и солвентност;
- Финансиските контролори имаат двојна улога во вршењето на финансиската контрола во јавните здравствени установи. Контролната функција ја вршат заедно со едукативната, при што перманентно се врши укажување на надлежните во јавните здравствени установи за начините на изготвување и усвојување на планските документи, водењето на сметководствената евиденција, подобрување на механизмите на внатрешна контрола во делот на раководење со постапките за јавни набавки и реализација на договорите, исплатата на обврските според доспевање и без преферерирање на добавувачи. Потоа, преку контролата им се укажа на начинот на фактурирање, измените во законската регулатива и во актите на Фондот и сл. Препораките и укажувањата се содржани и во извештаите, односно записниците од контролите;
- Финансиските контролори од оваа година имаат уште позначајна улога затоа што учествуваат во процесот на дисеминација на информации и размена на искуства и сознанија за начинот на фактурирање. Препораките од контролата на фактурите на ЈЗУ постигнаа ефект на зголемена стручност на персоналот во ЈЗУ за изведување на процесот и за подобрување на начинот на фактурирање. Контролираните ЈЗУ покренаа низа прашања до Сектор за финансиски прашања и до останатите засегнати сектори и служби во Фондот поврзани со процесот на фактурирање врз основа на извештаите и записниците од финансиските контроли. Кај контролираните фактури од вториот квартал веќе има подобрување и надминување на одредени неправилности кои беа констатирани. Првичните проценки говорат дека околу 30% од констатираните недостатоци во контролата на фактури за првиот квартал се надминати, иако ова не е конечен резултат и е потребно да се контролираат сите ЈЗУ за да се добие целосна слика;
- Раководителите, финансиските раководители и ликвидаторите (статичката контрола) во ПС зедоа активно учество во процесот на имплементација на

констатациите од кварталните контроли. Кварталните контроли на фактури придонесоа за зголемување на ефикасноста и ефективноста на статичката контрола во ПС;

- Контролите на документацијата врз основа на која Фондот врши плаќање на здравствените услуги за своите осигуреници покренaa низа прашања во поглед на актите на Фондот и договорите за ЈЗУ со кои е регулирана проблематиката на фактурирање. Во фондот беа разгледани проблематични формулации и членови во интерните акти на Фондот и врз основа на констатациите од контролата на терен беше извршено:
  - a. Дополни, измени и прочистување на ценовникот за здравствени услуги каде беа додадени нови пакети за максилофацијална хирургија, нови алерголошки пакети, нови пакети за општа хирургија, ревидирање на цените на пакети за слух говор и глас, корекции на цени во очна медицина, нови пакети за нуклеарна медицина, нови пакети за рендген дијагностика, измена на цените на биохемиските анализи, дополна на цената за превоз на осигурено лице во странство (во болничка здравствена заштита);
  - b. Извршено додефинирање на одредбата за важењето на упатот од матичен лекар во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата од задолжително здравствено осигурување;
  - c. Се утврди начинот на фактурирање за логопедски услуги;
  - d. Беше регулирано и прашањето поврзано со вршење на дејност во ЈЗУ од страна на лекари кои не се вработени со полно работно време во истите, односно таму каде ЈЗУ нема доволно кадар да ги врши тие услуги во рамките на дејноста. На одредени ЈЗУ имаат кадар за вршење на дејност за која немаат решение им беа дадени препораки за регистрација на нова дејност со цел соодветно да можат да ги фактурираат ваквите услуги до Фондот;
- Искуствата од контролите придонесоа за подобрување на работењето на финансиската контрола. Истите резултираа и со измена во Упатството за финансиска контрола.

## Користена литература:

- ✚ Закон за здравствена заштита, „Службен весник на Република Македонија“, бр.38/1991, 46/1993, 55/1995, 10/2004, 84/2005, 111/2005, 65/2006, 5/2007, 77/2008;
- ✚ Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување, „Службен весник на Република Македонија“, бр.142/2008;
- ✚ Закон за буџетите на Република Македонија, „Службен весник на Република Македонија“, бр.64/05;
- ✚ Давитков, проф. д-р Борче и др., Право и јавно здравство, Правен факултет „Јустинијан први“, Скопје, 2009 година;
- ✚ Тулчински, Т., Варавикова, Е., Новото јавно здравство, Студентски збор, Скопје, 2003 година;
- ✚ Crane P. D., The management of human resources, Boston, 1986;
- ✚ Cucic, V., Socijalna medicina, Savremena administracija, Beograd, 2000godina;
- ✚ Rexford, E. Santerre, Stephen, P. Neun, Здравствена економика (теории, увид, индустриски студии), Дата Понс, 2009 година;
- ✚ Feldstein, J. Paul, Економија во здравството, Академски печат, Скопје, 2009 година;
- ✚ Неновски, Томе, Структура на јавните финансии во Република Македонија, Институт за економски стратегии и меѓународни односи, Скопје, 2008 година;
- ✚ Peric, V. Aleksandar, Finansiska teorija i politika, III izmenjeno i dopunjeno izdanje, Institut za ekonomski istrazivanja, Beograd, 1971 godina;
- ✚ Ѓорѓев, Д., Бачановиќ, А., и др., Профил на здравствените системи во транзиција: Република Македонија, Скопје, 2006 година;
- ✚ Даскаловски, Ж., Николовска, М., Ристеска, М., Водич во буџети, Скопје, 2006 година;
- ✚ Велинов, В., Финансирање на здравствената заштита на населението во Република Македонија, Економски развој, бр.3/2008, Економски институт, Скопје, 2008 година;
- ✚ Димовска, А., Здравјето нема цена, но чини - Што економистите треба да знаат за здравството, Билтен 11-12/2008, Министерство за финансии;



- ✚ Република Македонија, профил на земјата, Единица за економски информации, Скопје, 2004 година;
- ✚ Burchfield, K., Проект за развој на здравствениот сектор, Раководење со ФЗО, Прв извештај;
- ✚ ФЗО, Информација за долговите и побарувањата помеѓу Фондот за здравствено осигурување и здравствените институции (неофицијална публикација), Скопје, 2005 година;
- ✚ Министерство за здравство на РМ, Здравствена стратегија на Република Македонија 2020-безбеден, ефикасен и праведен здравствен систем, 2007 година;
- ✚ Министерство за здравство на РМ, Стратешки план на Министерство за здравство 2008-2010, пристапено на 12.01.2008 година;
- ✚ ФЗО, Годишен извештај за работата на Фондот за здравствено осигурување на РМ за 2006 година, Скопје, 2007 година;
- ✚ ФЗО, Годишен извештај за работата на Фондот за здравствено осигурување на РМ за 2007 година, Скопје, 2008 година;
- ✚ Државен завод за статистика на Република Македонија, Статистички годишник на Република Македонија, 2009 година;
- ✚ Министерство за финансии, Билтен, 2009;
- ✚ Министерство за финансии, Билтен, 2008;
- ✚ Министерство за финансии, Билтен, 2007;
- ✚ Здравствени системи во транзиција: Република Македонија, СЗО, Регионална канцеларија за Европа, <http://www.euro.who.int/document/e72508.pdf>;
- ✚ Сектор за управување со здравствениот сектор, Светска Банка, Извештај бр. 277760-МК, <http://www.worldbank.org.mk>;
- ✚ Препорака за прилагодување на системот на плата, <http://www.ujp.gov.mk>
- ✚ Месечна пресметка за интегрирана плата, <http://www.ujp.gov.mk>
- ✚ Правник, Бр. 195-196/2008, 201/2009, 202/2009, 214/2010;
- ✚ Akademija nauka i umetnosti Bosne i Hercegovine, Odbor za zastitu zdravlja, Preporuke o promenama principa i metoda finansiranje zastite zdravlja, 2000;
- ✚ Тулчински Т., Варавикова Е., Ново јавно здравство, Студентски збор, Скопје, 2003;
- ✚ Kovacic L., Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zastiti, Medicinska naklada, Zagreb, 2003;

- ✚ World Organization, Regional Office for Europe, European Health Care Reforms, Copenhagen, 1996;
- ✚ Skrbic M., Uvod u ekonomiku zdravstva, Stvarnost , Zagreb, 1983;
- ✚ Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (eds), Финансирање на здравствената заштита: опции за Европа. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 2002 (достапно на [www.euro.who.int/document/e74485.pdf](http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf));
- ✚ McKee M, Healy J(eds), Болниците во Европа која се менува. Копенхаген, Канцеларија на Светската здравствена организација за Европа (серија на Европски опсерватории за системите;
- ✚ Barr, N. (2002), *The welfare state as piggy bank*. Oxford, Oxford University Press. Chapter 4: 'Problems with medical insurance';
- ✚ Büchner, F. and J. Wasem (2003), Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system. *Health Policy* 65(1): 21-35;
- ✚ Busse, R., R. Saltman, et al. (2004), Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. *Social health insurance systems in western Europe*. R. Saltman, R. Busse and J. Figueras. Buckingham, Open University Press;
- ✚ Carrin, G. (2002), Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. *International Social Security Review* 55(2): 57-69;
- ✚ Chernichovsky, D. and W. P. van de Ven (2003), Risk adjustment in Europe. *Health Policy* 65(1): 1-3;
- ✚ Chollet, D. and M. Lewis (1997), Private insurance: principles and practice. Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank conference, March 10-11, 1997, World Bank Discussion Paper No 365. G. J. Schieber. Washington D C, World Bank;
- ✚ Culyer, A. J. (1989), The normative economics of health care finance and provision. *Oxford Review of Economic Policy* 5: 34-58;
- ✚ Hall, J., R. De Abreu Lourenco and R. Viney (1999), Carrots and sticks - the fall and fall of private health insurance in Australia. *Health Economics* 8(8): 653-60;
- ✚ Hsiao, W. C. (1992), Comparing health care systems: what nations can learn from one another. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 17(4): 613-36;
- ✚ Maynard, A. and A. Dixon (2002), Voluntary health insurance and medical savings accounts: theory and experience. *Funding health care: options for Europe*. E.

- Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds). Buckingham, Open University Press;
- ✚ Mossialos, E. Citizen`s views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Economics* 1997, 6 (2): 109-116;
  - ✚ Mossialos, E. and A. Dixon (2002), Funding health care in Europe: an introduction. *Funding health care: options for Europe*. E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin. Buckingham;
  - ✚ BIS Healthcare Group. Strategy for financing and future organisation of primary health care - final report (report no. 21335/3, version 4/7). 2001;
  - ✚ Bossert T. Report on workshop on health systems and policies in Macedonia: evaluation, recommendations and follow-up. Harvard School of Public Health, 1 December 2003;
  - ✚ Burchfield K. Health Insurance Fund governance reform component - final report, March 2004 (+ annexes);
  - ✚ Cercone JA. Component 3: improving service delivery - Executive summary. No date;
  - ✚ Cercone JA. Health sector reform project - Health services contracting and modernization component, final report. Ministry of Health, 31 March 2004;
  - ✚ Dimitrievska V., Minutes from the expert forum with relevant healthcare stakeholders on the topic “Strategy for the development of the healthcare system in the Republic of Macedonia: discussing possible priorities”. Skopje, 29 November 2004;
  - ✚ Dredge R. Inception report of the Policy Analysis Unit advisor (draft). January 2006;
  - ✚ Ernst & Young. HIF Macedonia - Audit of the internal controls. Final report. Luxemburg: 2004;
  - ✚ Ernst & Young. Action plan for the Health Insurance Fund for the Republic of Macedonia. Final report, January 2005;
  - ✚ Ernst & Young. HIF - Transitioning action plan for the health care sector - Short-term addendum to the “final report” (draft for discussion). April 2005;
  - ✚ European Observatory on Health Care Systems. The former Yugoslav Republic of Macedonia - Health systems in transition profile 2004 (draft);
  - ✚ Gomes B, Toon P., Continuous medical education for primary care doctors: the strategy. Revision 3.0. February 2000;
  - ✚ Government of Macedonia. Law on health insurance. Official Gazette no. 25, 30 March 2000;

- + Government of Macedonia. Health protection law. No date;
- + Government of Macedonia. Tobacco control strategy, for provision and promotion of health protection of population in the Republic of Macedonia 2005-2010. Skopje, 2004;
- + Government of Macedonia. Report of the Republic of Macedonia on millennium development goals. Skopje, June 2005 (accessible via [www.un.org.mk](http://www.un.org.mk));
- + Health Sector Management Project/Project Co-ordination Unit. Workplan for national health strategy development in Republic of Macedonia. Skopje, 25 July 2005;
- + Macedonian Academy of Sciences and Arts. Strategy for improvement of health protection of the population in the Republic of Macedonia (draft). Skopje, December 2001;
- + Macedonian Occupational Health Society/Institute of Occupational Health. New model of occupational health services in the Republic of Macedonia. Skopje, no date;
- + Ministry of Health/National Commission for Protection of Mental Health. National strategy for mental health promotion in the Republic of Macedonia 2005-2012. Skopje, January 2005;
- + Ministry of Local Self Government. Law on local self government. No date;
- + National Committee for Health Promotion. Health promotion in the Republic of Macedonia (review). Skopje, 2002;
- + <http://www.finance.gov.mk>
- + <http://www.zdravstvo.gov.mk>
- + <http://www.fzo.gov.mk>
- + <http://www.ujp.gov.mk>
- + <http://www.stat.gov.mk>